

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE: da prevenção à promoção

Coleção Ciência e Desenvolvimento
32

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

10.29327/5152818

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

Daniel Facciolo Pires

Marinês Santana Justo Smith

Sílvia Regina Viel

Welton Roberto Silva (Orgs.)

EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE: da prevenção à promoção

ISBN 978-65-88771-43-3

**FRANCA
Uni-FACEF
2022**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Profª. Drª. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e
Propaganda

Profª. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Sousa Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sílvio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Lélio Luiz de Oliveira (USP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Welton Roberto Silva
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteado
Lucas Antônio Santos

© 2022 dos autores

Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 32.

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)

O51g

Experiências em Saúde: da prevenção à promoção. /
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel
Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto
Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2022.

186p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4

ISBN Volume 978-65-88771-43-3

DOI 10.29327/5152818

1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica.
3.Pesquisa. 4.Metodologia. I.T.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

Este e-book, organizado a partir das produções apresentadas no XVI Fórum de Estudos Multidisciplinares, simultaneamente ao XVI Congresso de Iniciação Científica, X Iniciação Tecnológica e Inovação, XI Iniciação à Docência e III Encontro PET-Saúde, brinda o protagonismo de acadêmicos, incentivados por docentes-orientadores a percorrerem os caminhos da pesquisa científica.

Abarca estudos que abordam temáticas relevantes e contemporâneas na área da saúde, sob diferentes perspectivas, apresentando resultados de pesquisas inéditas, revisões de literatura e relatos de experiências.

Sob a ótica da interdisciplinaridade, temas impactantes na saúde pública como a gravidez na adolescência, prevenção de hipertensão e diabetes, dosagem de vitamina D e cálcio sérico entre estudantes de medicina, sistematização da assistência de enfermagem nos diferentes contextos, papel do enfermeiro na assistência pré-natal e na hipoglicemia neonatal, avaliação da qualidade em saúde, humanização da assistência e visita domiciliar.

Oportunidade ímpar aos graduandos de contribuir com a transformação da prática profissional, por meio da divulgação da ciência e de boas práticas em saúde, além de sustentar a futura práxis, alicerçada no tripé ensino, pesquisa e extensão.

Diante disso, convido o leitor a contemplar as contribuições de cada um dos estudos, os conhecimentos científicos e as vivências aqui compartilhadas. Que ao final, possa despertar reflexões e fomentar o interesse para a pesquisa e a produção de novos estudos.

Sinto-me honrada em prefaciar esta obra e grata ao Centro Universitário Municipal de Franca pela oportunidade.

Profa. Dra. Márcia Aparecida Giacomini
Docente e Chefe do Departamento de Enfermagem
Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF

SUMÁRIO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	7
“A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA INTERFACE COM A INFORMAÇÃO EM SAÚDE”	21
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	41
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM UM CENTRO CIRÚRGICO, DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DE SÃO PAULO.....	52
DOSAGEM DE VITAMINA D E CÁLCIO SÉRICO EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO PÚBLICO-PRIVADA DE FRANCA-SP.....	69
ELABORAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA:.....	80
ELABORAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE UMA VISITA DOMICILIAR A IDOSO ACAMADO: relato de experiência	96
HIPOGLICEMIA NEONATAL E ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO: uma revisão narrativa da literatura.....	106
INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRECEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	119
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: relato de experiência	139
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITOS PARA IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: um relato de experiência.....	149
TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA: uma estratégia para a humanização do cuidado.....	160
VISITA DOMICILIAR: estratégia de qualidade no atendimento e assistência familiar.....	171
ÍNDICE	185

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mariana Carriço de Andrade
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
maricarrico99@gmail.com

Lívia Ferreira Silva Verzola
Doutora em Ciências – Uni-FACEF
ifsverzola@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa cujo objetivo é tratar os pacientes de maneira mais humanizada, em um método que se trata a pessoa e não há doença pela qual ela queixa. Nesse conjunto o atendimento é para toda a família e não só para o paciente, estabelecendo ali um vínculo com aquelas pessoas.

Dessa forma, visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, tida pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

De acordo com dados do MS, cerca de 90% dos municípios brasileiros já contam com pelo menos uma equipe de Saúde da Família (eSF) (NESCON, 2008).

Segundo a Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, alguns pontos são de extrema importância para o bom funcionamento da ESF, tais como a existência de uma equipe multiprofissional (eSF) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista

generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal, e vale a pena salientar que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por eSF, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe e, ainda cabe a cada eSF ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Nesse contexto, os profissionais da saúde devem cumprir na unidade 40 horas semanais à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na eSF, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

As equipes de Saúde da Família Fluviais devem contar ainda com um técnico de laboratório e/ou bioquímico. Essas equipes poderão incluir na composição mínima os profissionais de saúde bucal, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e um técnico ou auxiliar em saúde bucal, conforme Modalidades I e II descritas anteriormente.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os agentes comunitários de saúde deverão cumprir 40h/semanais de trabalho e residir na área de atuação. São recomendáveis as mesmas condições para os auxiliares e técnicos de enfermagem e saúde bucal.

Assim, nas unidades de saúde da família, juntamente a equipe tem-se os agentes comunitários, os quais são essenciais para estabelecer o maior laço com as famílias e comunidade. Nesse cenário, os agentes acompanham o vencimento de receitas para os medicamentos contínuos como hidroclorotiazida e losartana,

melhorias no tratamento e os problemas sociais enfrentados entre as famílias, os quais são levados até a unidade e discute-se em equipe uma forma ideal para ajudar cada caso individualmente.

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado.

Nas ESF, é utilizado esse método clínico com o objetivo de obter um maior vínculo com o paciente e sua família, aumentando, assim, a maior aceitação frente ao tratamento aplicado.

A gravidez na adolescência é um problema de saúde de pública, visto que no Brasil houve um aumento nos últimos anos, dentre a faixa de 10 a 14 anos, com 3 para 4 nascimentos por 1000 mulheres, isso afeta a vida dessas garotas de forma severa. Segundo um dado feito pelo Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), em 2015, a região do Nordeste mostrou a prevalência de mães adolescentes entre a faixa de 10 a 14 anos (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Na década de 90, observou-se o grande aumento de gravidez entre as jovens, o qual deveria ter sido avaliado em diversas esferas de maneira racional, a gravidez entre as jovens menores de 20 anos, se tornou algo rotineiro nas unidades de saúde da família, e percebeu-se que os casais jovens não tem consciência da responsabilidade que estão prestes a assumir e nota-se também a falta de conhecimento quanto aos métodos contraceptivos, e maiores informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis (ROSANELLI; COSTA; SUTILE, 2020).

No Brasil, dados mostram que o número de abortos e mortes entre as adolescentes cresce em um percentual preocupante, e observa-se que a gestação não planejada está relacionada também com os aspectos psíquicos, visto que jovens menores de 16 anos, não tem total consciência da responsabilidade de ser mãe (ARAÚJO et al., 2016). A adolescência é um período de mudanças tanto para os meninos quanto para as meninas, é uma etapa de descobertas, de mudanças corporais e comportamentais (YAZLLE, 2006).

Assim, tem-se o período de pico hormonal, a mistura de sentimentos, o primeiro amor, é a fase da transição entre a infância e a adolescência. Nessa fase

da vida dos jovens, é preciso aliar-se a saúde preventiva, a importância do vínculo entre os profissionais da saúde e os adolescentes, essa prevenção deve acontecer nas escolas e comunidades (ARAÚJO et al., 2016).

Dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos devem ser respeitados e assegurados, os projetos implantados no sistema único de saúde (SUS), como planejamento familiar, estabelecido pela Lei 9.263 de 1996, torna-se indispensável para que os casais jovens possam se orientar. A melhoria nos atendimentos do pré-natal e pós-natal devem ser discutidas, as adolescentes têm o direito de ser bem assistidas e orientadas (RESTA, Z. D. G., 2017).

Considerado um problema de saúde pública, esse tipo de acontecimento na vida das jovens, é relacionado com o núcleo familiar, pais muitos jovens ou pais muito idosos, que tratam a sexualidade como um tabu e não conversam com seus filhos sobre os métodos preventivos e os riscos de uma relação sexual precoce e desprotegida (ROSANELLI; COSTA; SUTILE, 2020).

Avaliando a relação de escolaridade das mães adolescentes, observa-se que muitas delas, trabalham e não estudam, começaram a namorar antes dos 15 anos, vivem com seus avós, faz parte de uma família disfuncional e despreparada, e muitas vezes carregam uma responsabilidade de mulher adulta desde muito cedo (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Em uma perspectiva diferente pesquisas mostraram que as meninas se sentem mais mulheres ao ser mãe jovem, relacionam o fato de ser mãe com o seu papel na sociedade, o desenvolvimento de sua autonomia, a construção do seu próprio lar, e acaba que dão um sentido diferente a vida (RESTA, Z. D. G., 2017).

Dentro dessa análise, estudos mostram que as jovens, ficam restritas ao marido e ao filho, e muitas sofrem com quadros de depressão, pois não conseguem trabalhar ou estudar. É pautado também, o abandono dos companheiros, e a responsabilidade de ser mãe solteira (VIEIRA et al., 2017).

Desse modo, citam-se também as consequências que podem ser ocasionadas por uma gravidez precoce, como anemia, diabetes gestacional, complicações no parto e mortalidade materna e infantil, os quadros de hipertensão, infecção do trato urinário que é muito prevalente entre as adolescentes (AZEVEDO et al., 2015).

Observa-se também nos recém-nascidos das jovens, baixo peso ao nascerem, doenças cardíacas e doenças respiratórias. Além disso, tem-se uma prevalência de abortos entre as mães adolescentes que estudam em escola pública, relaciona-se com o baixo acesso a informação e a vulnerabilidade, a qual essas mães se encontram (AZEVEDO et al., 2015).

Entende-se a relevância de abordar a gravidez na adolescência nos dias atuais, esse assunto tem sido falado e abordado pelo MS, e tratado como um problema nacional, dentro disso criou-se projetos nas escolas para acompanhar de perto a transição entre a infância e a adolescência. Outros dados revelam ainda a gravidez precoce parece suprimir o desejo das garotas de cursar o ensino superior (AZEVEDO et al., 2015).

Avaliando a relação da gestação entre as adolescentes e o ingresso a um curso superior, percebe-se o desinteresse pelo meio universitário e também nota-se que as meninas seguem os exemplos das mães, que foram mães e casaram muito cedo (AZEVEDO et al., 2015).

Por isso, deve se dobrar a atenção para essas jovens logo no início da adolescência, por fim, acometer as famílias para reuniões nas comunidades e nas escolas, com assuntos como a sexualidade, auxiliar os pais a aconselhar seus filhos sobre gravidez, doenças sexualmente transmissíveis.

Estudos mostram que os adolescentes e as diferentes configurações são devido à classe social pela qual estão inseridos, quanto mais alta a classe social, mas bem-preparados para o futuro estão esses jovens, já que dedicam o seu tempo com estudos e buscam uma formação superior (TABORDA et al., 2014). O nível socioeconômico tem sido pautado como uma das consequências para o alto índice de gravidez na adolescência, visto que as jovens de classe baixa, começam a trabalhar desde cedo e não se dedicam totalmente aos estudos. As jovens mães também apresentam quadros de insegurança, depressão pós e pré parto, sentimento de solidão, medo e desespero (TABORDA et al., 2014).

Pesquisas feitas com adolescentes mostraram que a evasão escolar é frequente entre essas meninas, e a gravidez inesperada pode ser considerada um risco biológico, já que diminui as oportunidades futuras. A dificuldade de diálogo entre as famílias sobre a sexualidade repercute nos adolescentes de forma negativa,

começam a praticar relação sexual logo na transição da infância para a adolescência (TABORDA et al., 2014).

A pobreza e as dificuldades de construção de projetos de vida para a adolescência e a juventude no Brasil se devem a muitos fatores estruturantes das condições sociais da população e a um contexto mais amplo de falta de direitos. Vale destacar que os dados da pesquisa Gravad (MORAES; CABRAL; HEILBORN, 2006) apontaram também que 42,1% das jovens que tiveram filhos com menos de 20 anos já se encontravam fora da escola quando engravidaram.

Segundo o estudo de Berquó e Cavenachi (2005), as possibilidades de permanência de adolescentes mães na escola são muito menores do que entre adolescentes que não têm filhos. A partir dos dados do Censo 2000 (IBGE, 2001), as autoras mostraram que na faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade que estavam na escola, apenas 20% daquelas que têm filhos, estão na escola. Entre as adolescentes sem filhos, na mesma faixa etária, o percentual é de cerca de 80%. “Estas chances diminuem, segundo as condições econômicas destas jovens, tornando-se ainda menores para as mais pobres, negras, com menos anos de estudo e que trabalham fora de casa” (BERQUÓ; CAVENACHI; 2005).

As dimensões desse problema de saúde pública, foi por muito tempo tratado como um evento rotineiro, mas quando se observou que as taxas só subiam resolveu-se tratar de perto essa problemática.

Entre as dimensões nota-se, que, em São Paulo, 17,3% das internações por abortos induzidos foram de adolescentes. Estimativa para o Brasil realizada pelo MS aponta que, a cada 100 abortos, 25 são de adolescentes, atendendo, a rede pública de saúde, por ano, a 130 mil abortos de adolescentes, provocados ou espontâneos (OLIVEIRA, 1998).

A experiência e estudos (ARILHA; RIDENTI; MEDRADO, 1998; HEILBORN, 2002) têm demonstrado que a gravidez pode ser uma opção para adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, como também para aqueles entre 15 a 19 anos. Pode estar incluída em projetos de vida de adolescentes do sexo feminino como também compartilhados por adolescentes homens. A maternidade e a paternidade podem se revelar, ainda, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador (BRASIL, 2006).

Em relação à mortalidade materna no Brasil, segundo dados do MS ainda sujeitos a correção, 1.654 casos de mortes maternas foram notificados em 1994 (em média, 4,6 por dia). Estima-se que 10% desses casos estejam ligados ao aborto. Uma enquete realizada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher sobre mortes de adolescentes em 1989 aponta um aumento na mortalidade causada pelo aborto, chegando a 20% do total de mortes de adolescentes em 1989 em relação a 8% em 1980. Dados do MS apontam que, das 1.643 mortes maternas reportadas em 1993, 242 (14,8%) se referiam a mães de 10 a 19 anos, sendo que 85 (35,12%) dessas últimas foram provocadas por distúrbios hipertensivos da gravidez. Quanto mais jovem, maior o risco de morte. Em 1990, o risco de morte de meninas de 10 a 14 anos foi cinco vezes maior do que o de meninas de 15 a 19 anos. O risco das meninas de 15 a 19 anos foi duas vezes maior do que o das adultas. O maior risco se deve, em parte, às condições ou desenvolvimento físico (OLIVEIRA, 1998).

O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento desejado e planejado pelos adolescentes e jovens.

Pode-se dizer que estamos enfrentando atualmente uma epidemia de gravidezes em adolescentes. Para se ter uma ideia, em 1990, cerca de 10% das gestações ocorriam nessa faixa etária. Em 2000, apenas dez anos depois, esse índice aumentou para 18%, ou seja, praticamente dobrou o número de mulheres que engravidam entre os 12 e os 19 anos. Gravidez na adolescência não é novidade na história de vida das mulheres. Provavelmente 20 muitas de nossas antepassadas casaram cedo, engravidaram logo e, durante a gestação e o parto podem não ter recebido assistência médica regular. Erros e acertos dessa época se perderam no tempo e na memória de seus descendentes. A sociedade se modernizou e as mulheres vislumbraram diferentes perspectivas de vida. No entanto, isso não impediu que, apesar da divulgação de métodos contraceptivos, a cada ano, mais jovens engravidem numa idade em que outras ainda dormem abraçadas com o ursinho de pelúcia. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco. Daí a importância indiscutível do pré-natal para evitar, nesses casos, complicações durante a gestação e o parto.

1. OBJETIVOS

Geral:

A pesquisa tem por objetivo implementar um programa que oriente melhor as adolescentes sobre os métodos preventivos, visto que o desconhecimento é um dos principais fatores para a gravidez na adolescência.

Específicos:

Descrever a estratégia de saúde da família

Conceituar o método clínico centrado na pessoa

Descrever a gravidez adolescente e seus fatores predisponentes;

Descrever as consequências da gravidez adolescente;

Propor ações para a diminuição da gravidez na adolescência, como a implantação do programa para adolescentes mães nas ESF no município de Franca -SP.

2. METODOLOGIA

Utilizou-se como metodologia na pesquisa científica o método dedutivo, por meio de uma pesquisa descritiva, através de procedimentos técnicos os quais são pesquisas bibliográficas e estudos de casos e, por fim, uma abordagem qualitativa.

As adolescentes participaram da pesquisa de forma presencial, respondendo os questionários, elas foram avisadas uma semana antes da entrevista e concordaram com o questionário e com as entrevistas.

Os dados correspondentes às perguntas sobre a gravidez na adolescência foram colhidos através de um questionário autopreenchido contendo dezesseis questões, sendo as 16 questões a respeito dos conhecimentos sobre uma gravidez precoce e IST'S. Como referencial teórico para a avaliação o conhecimento das jovens sobre as problemáticas englobando IST, aborto e uma gravidez inesperada,

foi utilizado artigos, como (Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo).

Portanto, foram considerados a faixa etária de 10-19 anos como o ponto primordial da pesquisa, nessas idades apresentadas acima com base nos artigos lidos no decorrer da pesquisa percebemos que a falta de conhecimento sobre o assunto e a falta de maturidade para compreender a proporção da gravidez, e das consequências sobre as doenças transmitidas sexualmente.

Nas visitas domiciliares feitas para a administração do questionário foram abordados assuntos ligados a gravidez na adolescência, e as mães traziam consigo informações relevantes, como apoio familiar, falta de companheirismo por parte dos parceiros e o desgaste grande que foi ser mãe tão cedo, e o tamanho das responsabilidades. Muitas mães relataram ter que abandonar a escola, logo no fundamental e outras largaram seus empregos por não ter com quem deixar seus filhos, percebemos nesse contexto, a falta de informação a respeito de creche disponíveis para mães de baixa renda que trabalham, creches oferecidas pela prefeitura da cidade.

3. RESULTADOS

Durante a pesquisa nas bases de dados já citadas, inicialmente, foram identificados 20 artigos. Desses, 15 artigos estavam disponíveis na íntegra, por meio de acesso gratuito. Após triagem, com leitura do título, resumo e palavras-chave, foram excluídos 5 artigos, por motivos de ausência de palavras-chave ou ausência de palavras-chave correspondentes ou idioma fora dos critérios de inclusão ou ausência de relação com o tema, mesmo possuindo palavra-chave em comum. Estudos e teses também foram descartados. Assim, 15 artigos foram selecionados para a leitura completa e, após avaliação, 5 artigos foram excluídos, visto que 02 artigos abordavam outras vertentes que fugiam do escopo da discussão e 01 artigo não referenciou adequadamente os autores citados, sendo retirado, a fim de não afetar a confiabilidade dos dados aqui utilizados.

4. DISCUSSÃO

Na aplicação dos questionários, englobamos as famílias por um todo, as mães traziam consigo dores devido a um aborto aos 10 anos, ou as perdas causadas pela gravidez em uma idade tão jovem, deixaram a escola, o trabalho, deixaram de lado seus sonhos para poder cuidar de seus filhos.

As mães adolescentes só se depararam com as consequências dessa situação, quando já estavam grávidas ou quando já tinha contraído algum tipo de sífilis, HIV, candidíase, gonorreia, entre outras. No decorrer da entrevista e do preenchimento do questionário, fomos fazendo um bate papo construtivo acerca de toda a problemática e as mães foram desabafando e viu na pesquisa uma forma de dizer tudo que pensa sobre essa fase e como foi difícil enfrentar o mundo para poder criar seus filhos, muitas relataram a falta do apoio familiar, e a ausência dos companheiros durante a gestação e na criação de seus filhos.

Chipkevitch (1994), classificou os fatores predisponentes para a gravidez na adolescência em três classes assim distribuídas:

Biológicos: O aparecimento da maturação sexual.

Psicológicos: Comportamentos de risco; Imaturidade do processo cognitivo dos adolescentes; Sentimentos de vulnerabilidade e invencibilidade; A auto-afirmação da sua sexualidade e identidade ainda em formação; Casamento como forma de melhorar a relação com o parceiro; A independência em relação aos pais; A necessidade de afeto e de ter alguém a quem amar.

Sociais: Atitudes de rejeição aos métodos contraceptivos; Falta de informação; O fato de a sexualidade ainda ser um tabu para a sociedade, havendo a construção de vários mitos sobre o assunto; A forma como os pais abordam o tema da educação sexual com os adolescentes; Dificuldades de relacionamento, os conflitos familiares, a negligência, a violência física e psicológica, o abuso sexual e o fraco suporte familiar.

Psicossociais: Necessidade de pular etapas e tarefas desenvolvimentistas, porque terá de lidar com tarefas adultas para as quais ainda não se sente psicologicamente e socialmente preparados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, dentro desse contexto conclui-se que as jovens que frequentam as unidades de saúde, sofrem com a falta de assistência no pré-natal e pós-natal. Os próximos passos do trabalho, será terminar as coletas de dados através das entrevistas, fazer uma análise dos dados obtidos e descrever os resultados. Assim poderemos concluir a importância de se implementar um programa de orientação aos adolescentes sobre iniciação sexual, métodos contraceptivos, gravidez precoce, ITI's e a importância de um planejamento reprodutivo adequado.

Nesse contexto, ressalta-se que no Brasil, dados do IBGE (2001) demonstram que a porcentagem de adolescentes grávidas triplicou de 1980 para 1994. As complicações da gravidez, do parto e do puerpério estão entre as 10 principais causas de morte da adolescente brasileira, sendo a sexta causa nas adolescentes de 15 a 19 anos. Por sua vez, o aborto é a quarta causa de morte materna no Brasil. A maternidade adolescente e, portanto, a gravidez de adolescentes, apresenta um número cada vez mais elevado de casos tanto nas regiões com altos índices de urbanização e industrialização, quanto nas regiões sócio-econômicas pouco desenvolvidas. Porém, os índices de crescimento são diferenciados para as duas áreas. É amplamente reconhecida, em diversos países latino-americanos, a evidente mudança na conduta sexual dos adolescentes. A ocorrência de relações sexuais antes do casamento se inicia cada vez mais cedo, em média a partir dos 13 anos. As relações de gênero mostram que, senão toda, mas uma grande parte da responsabilidade pela anticoncepção é deixada para as adolescentes. No grupo das adolescentes sexualmente ativas, muitas não praticam a anticoncepção de maneira adequada, gerando riscos de uma gravidez não desejada. Existe também uma falta de conhecimento da fisiologia da reprodução e das consequências das relações sexuais por parte dos adolescentes. Ao lado disso, nem sempre os pais estão preparados para debater esses temas com os filhos.

A falta de políticas de saúde para o enfrentamento dessa questão é assunto de ampla discussão.

Dessa forma, acredito que alguns programas como o que está sendo retratado nessa pesquisa, o qual poderá ser implantado na ESF – Palma, na cidade de Franca - SP, são de enorme relevância uma vez que são desenvolvidos para um segmento específico e trazem medidas de promoção e prevenção de saúde. O que trata da saúde do adolescente estabelece algumas rotinas, as quais quando estiverem implantadas nas unidades de Saúde da Família vão facilitar o acesso do adolescente às unidades e estes receberão um atendimento individualizado e voltado às suas necessidades.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. MS. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

TABORDA, J. A.; SILVA, F. C.; ULBRICHT, L.; NEVES, E. B. **Consequences of teenage pregnancy for girls considering the socioeconomic differences between them.** Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 16-24

YAZLLE M. E. H. D, **Gravidez na adolescência**, Editorial • Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 28 (8) • Ago 2006

ROSANELI C. F; COSTA N. B; SUTILE, V. M.; **Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética**, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300114, 2020

AZEVEDO W. F; DINIZ M. B; FONSECA E. S. V. B; AZEVEDO L. M. R; EVANGELISTA C. B; **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**, einstein. 2015;13(4):618-26

RESTA, Z. D. G. et al., **Maternidade na adolescência: significado e implicações.** Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 68-74, 2010.

VIEIRA B. D. G; QUEIROZ A. B.A; ALVES V. H; RODRIGUES D. P; GUERRA J.V. V; PINTO C. B; **A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa**, Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(Supl. 3):1504-12, mar., 2017.

OLIVEIRA M. W; **Gravidez na adolescência: Dimensões do problema**, Cad. CEDES 19 (45) • Jul 1998

ABDALLAH, V.O.S. et al., **Gravidez na adolescência: experiência em um hospital universitário**. *Pediatria Moderna*, v. 34, n.9, p. 561-570, 1998.

AQUINO, E.M.L. et al., **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais**. *Cad. Saúde Pública*, vol.19, suppl.2, p. 377-388, 2003.

BELO, M.A.; SILVA, J.L. **Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes**. *Revista Saúde Pública*, v.38, n.4, p.479-487, ago. 2004.

BERQUÓ, E. (org). **Comportamento sexual da população brasileira sobre HIV/Aids**. Relatório final de pesquisa. MS – SPS-CNDST/Aids, 1999.136p.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Increasing adolescent and youth fertility in Brazil: a new trend or a one-time event? In Anais do Annual Meeting of the Population Association of America**, Filadélfia, 2005.18p.

BRASIL. MS. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jul. 1990. 1356 p. BRASIL. MS. **Guia da Adolescência. Departamento de Adolescência da SBP- Orientação para profissionais da área médica**, 2000.

BRASIL. MS. Secretária de Assistência à Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Brasília, 2004.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006. 56p.

BRUNO, Z. V. et al., **Reincidência de gravidez em adolescentes**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.31, n.10, p.480-484, out. 2009.

CARVACHO, I. E.; PINTO E SILVA, J.L.; MELLO, M. B. **Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução**. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 54, n.1, p.29-35, feb. 2008.

CAVASIN, S. (Org.) et al., **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social** - relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004. 96p.

COARD, S.I.; NITZ, K.; FELICE, M. E. **Repeat pregnancy among urban 15 adolescents: sociodemographic, family and health factors**. *Adolescence*, v. 35, n. 137, p. 193-200, 2000. 36

CREATSAS, G.; ELSHEIKH, A. **Adolescent pregnancy and its consequences**. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, v.7, n.3, p.167-172, set. 2002.

CHIPKEVITCH, E. **Puberdade e Adolescência: aspectos biológicos clínicos e psicossociais**. São Paulo: Ed. Roca, 1994. 253p.

Gravidez na adolescência: **Vivendo a adolescência**. Reprolatina, 2005. Disponível em: < www.adolescencia.org.br>. Acesso em: 11 jul. 2009.

HEILBORN, M. L. et al., **Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência: horizontes antropológicos**. Porto Alegre, v. 8, n.17, p. 13-44, jun. 2002.

“A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA INTERFACE COM A INFORMAÇÃO EM SAÚDE”

Júlia Mara de Freitas
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
juliamara_freitas@hotmail.com

Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Doutora em Ciências – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2007), adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta. Pela lei do nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera-se criança, pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). A população que se enquadra nessa faixa etária, em 2018, atingiu a estimativa de 68,8 milhões sendo em sua maioria residentes da Região Sudeste (ABRINQ, 2019).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2010) a faixa etária entre 15 e 24 anos sofrem repercussões com os processos de saúde e doenças devido a condições socioeconômicas e políticas, portanto o Ministério da Saúde (MS) reconhecendo essa vulnerabilidade ampliou a faixa etária para terem especificidade no atendimento em saúde pessoas de 10 aos 24 anos de idade e propôs as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”.

O Ministério da saúde (2007) pontua que algumas questões são relevantes quando se trata de vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático, sendo que a gravidez na adolescência é uma delas.

Segundo a ABRINQ (2019), a quantidade de nascidos vivos de mulheres de zero a 19 anos de idade no país em 2018 foi de 22.105 entre a faixa etária de 10 a 14 anos e de 458.201 entre 15 e 19 anos, totalizando 480.312 nascidos vivos filhos de adolescentes no país. Dados da Organização Pan-

Americana de Saúde Organização Mundial da Saúde (2018) mostram que aproximadamente 16 milhões de meninas de 15 a 19 anos e 2 milhões de garotas com menos de 15 anos ficam grávidas todos os anos no mundo, o que torna a gravidez na adolescência um problema de saúde pública.

1.1. Desinformação E Uso De Método Contraceptivo

“Diversos fatores concorrem para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. “Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, incluindo o uso inadequado de contraceptivos, como métodos de barreira e preservativos”(SBP, 2019).

Mendes et al., (2011) apontam que a prevenção é o enfoque prioritário no contexto de desinformação sobre métodos contraceptivos em uma pesquisa realizada em escolas públicas com adolescentes de Cuiabá-MT e reforçam que para a implementação de estratégias de redução de gravidez na adolescência na população adolescente, primeiramente é necessário conhecer até que ponto os adolescentes compreendem a contracepção, quais suas práticas e os motivos que os levam a não adotar práticas seguras. Esse mesmo estudo teve o objetivo de saber mais sobre o quanto os adolescentes sabem e como agem em relação a contracepção, concluindo-se que mesmo os adolescentes tendo algum conhecimento sobre método contraceptivo, há falta de diálogo entre parceiros e assim não há adesão aos métodos em todas as relações sexuais, sendo esse mais um item a integrar a problemática.

Gomes et al., (2002) conduziram uma pesquisa com 6.419 estudantes de 10 a 14 anos acerca do nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes, por meio de questionários, tendo como resultado 57,6% dos escolares com nível insatisfatório e 41,4% nível regular de conhecimento,

sendo que a maioria dos resultados “insatisfatórios” é do sexo feminino (61,7%). Quando se trata especificamente do tema sexualidade o nível de conhecimento insatisfatório se deu com 58,4%”, entretanto, nesse tema o sexo feminino mostrou-se mais informado (71,4%) comparado ao masculino (36,7%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A partir desses resultados observa-se grande falha na informação dos adolescentes brasileiros, principalmente na fase oportuna de início de sexarca no país, pois segundo Berlofi et al. (2006), o início da atividade sexual também está ocorrendo de forma precoce, isto é, em média por volta dos 15 anos, além da menarca que vem ocorrendo antecipadamente (faixa dos 11 a 12 anos), segundo estudo de campo realizado no setor de Planejamento Familiar na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM que inclui um serviço específico de atendimento e atividades de assistência à população de adolescentes.

O estudo conduzido por Patias e Dias (2014) realizado com 100 adolescentes entre 13 e 19 anos, sendo 50 grávidas (primíparas) e 50 não grávidas recrutadas respectivamente de Unidades Básicas e escolas públicas da cidade de Santa Maria-RS, evidenciou que a média de idade da sexarca no grupo gestantes foi 14,66 (DP=1,52) e no grupo de não gestantes entre as jovens que já haviam tido a primeira relação sexual foi de 14,54 (DP=1,34). Dessas participantes, 87% das gestantes e 100% das adolescentes não gestantes, utilizaram métodos contraceptivos na sexarca. As adolescentes grávidas apresentaram um maior percentual de respostas associadas ao não uso ou uso infrequente de métodos contraceptivos pós sexarca comparado as adolescentes não gestantes. Quando se trata dos métodos contraceptivos utilizados na sexarca tanto por adolescentes gestantes como não gestantes, em sua maioria (72% gestantes e 89% não gestantes) foi a camisinha masculina, seguida da pílula anticoncepcional oral (63% gestantes e 36% não gestantes). Quando questionadas sobre informações recebidas sobre métodos contraceptivos, 96% das gestantes e 98% das não gestantes responderam que já receberam algum tipo de informação sobre o assunto. A partir desses dados, os autores questionam a qualidade das informações recebidas, uma vez que no grupo das gestantes o uso de métodos contraceptivos é tido como

infrequente. Além disso, há outra problemática, que é a frequência do uso dos métodos, pois mesmo com informação, o uso em gestantes foi infrequente, compactuando com a ideia de que a informação passada pode ter sido/é insuficiente. Esses dados corroboram as pesquisas citadas anteriormente.

1.2. Diálogo Sobre Sexualidade Entre Pais E Filhos

A informação dos adolescentes frente a sexualidade na maioria das vezes se dá com amigos de mesma idade e sexo, como evidenciado por Borges, Nichiata e Schor (2006), que realizaram um estudo com adolescentes de 15 a 19 anos matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do município de São Paulo. Já aqueles que se referiram aos pais, ambos os sexos relataram que o diálogo sobre o assunto se dá com a figura materna.

O estudo conduzido por Patias e Dias (2014) já citado anteriormente, foi investigada as fontes envolvidas na obtenção de informação sobre sexualidade com gestantes e não gestantes adolescentes, sendo que as primeiras descrevem que as mães são as que mais informam sobre métodos contraceptivos, seguidas pelas professoras e amigas. Já entre as não gestantes, a televisão, as amigas, a mãe, a internet, as revistas e a professora são as fontes mais citadas. Já o pai é poucas vezes citado nos dois grupos, tornando-se uma fonte quase inexistente de informação.

Do ponto de vista dos pais, Nery et al., (2015) conduziram um estudo descritivo desenvolvido em um Centro de Educação Comunitária na Capital do nordeste brasileiro, realizado com 22 pais, em que a maioria revelou nunca conversar sobre o tema de sexualidade com os filhos, pois não se sentiam preparados ou não sentiam necessidade, pois como os filhos não tinham parceiros naquele momento o assunto não era necessário. Os pais que responderam falar abertamente sobre o assunto demonstraram maior facilidade em abordar o tema com filhos do mesmo sexo. Quanto aos aspectos abordados, alguns pais demonstraram dificuldade em saber “o que” abordar quando o assunto era a

sexualidade, sendo que a maioria entendia que falar sobre o tema era falar apenas sobre o coito e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Corroborando o exposto anteriormente, Wilson et al., (2010) em estudo realizado em 2007 como parte de uma avaliação do Campanha Nacional de Fala dos Pais, financiada pelos EUA, com pais ou responsáveis de crianças de 10 a 12 anos (idade escolhida devido a probabilidade do não início de atividade sexual) surgiram alguns pontos sobre as dificuldades em relação a esse diálogo. Para desenvolver esse estudo foram feitos 8 grupos de 6 a 11 mães ou mulheres guardiãs e 8 grupos com 6 a 11 pais ou tutores homens, sendo separados ainda por etnia para avaliar possíveis diferenças entre grupos demográficos. Os pontos avaliados foram percepções dos pais sobre os riscos sexuais enfrentados e sobre as motivações e barreiras de comunicação sobre sexo com seus filhos. Desse modo o estudo trouxe como resultado que os pais perceberam que atualmente há maior exposição e influências negativas que obrigam os jovens de idade menor a lidar com sexo, violência e drogas comparada a suas infâncias. Muitos ainda relataram maior dificuldade em monitorar o que está acontecendo na vida de seus filhos devido a redes sociais e canais de TV. Outro ponto exposto por alguns pais entrevistados foi que atualmente devido ao risco de HIV/AIDS as consequências potenciais da atividade sexual se tornaram muito mais sérias, sendo uma preocupação adicional comparado a sua época de adolescentes. Concluiu-se que o medo e a preocupação dos fatores citados foram motivações encontradas durante as discussões para os pais conversarem sobre sexo com seus filhos, e assim os proteger de potenciais consequências negativas do sexo, incluindo ISTs e gravidez.

Esse estudo traz o entendimento da visão complexa dos pais sobre a abordagem da sexualidade com seus filhos, pois embora os participantes reconheçam que a falta de diálogo sobre o assunto traz ameaças a seus filhos, sendo assim muito importante a conversa entre os mesmos sobre sexo, muitos ainda não o haviam feito devido a crença de que seus filhos não estão prontos para ouvirem sobre isso.

1.3. Comunicação Sobre Sexualidade Com Adolescentes E O Papel Da Intersetorialidade

De acordo com Furlanetto et al. (2018), no ambiente escolar, os professores de Ciências e Biologia têm sido os principais responsáveis pela educação sexual (16,6%), enquanto, nas intervenções externas, caracterizadas por ações temporárias na escola, profissionais da Enfermagem se destacam (37,5%). O estudo ainda identifica outros profissionais responsáveis pelas ações de educação sexual nos estudos, sendo: psicologia (8,3%), medicina (8,3%), outras áreas da saúde (educação física e farmácia - 16,6%) e outras não especificados na pesquisa (12,5), mostrando a importância de ações intersetoriais.

Vieira e Matsukura (2017) apontam que as práticas de educação sexual podem promover o diálogo, a troca de experiências e informações, maior autonomia quanto ao exercício da sexualidade, como também podem contribuir positivamente com a saúde integral dos adolescentes. Além disso, pode ainda favorecer a redução de possíveis consequências indesejáveis advindas das vivências sexuais, já que os modelos de abordagem na educação sexual se concentram mais em aspectos biológicos e preventivos sobre a sexualidade, como a prevenção de IST/AIDS e gravidez não planejada na adolescência, buscando regular e tutelar os corpos e comportamentos dos adolescentes.

Contribuindo com as informações anteriores Higa et al., (2015) mostram através de uma pesquisa de campo realizada com diretores, coordenadores e professores de 20 escolas estaduais no interior de São Paulo com o objetivo analisar as principais ações desenvolvidas pelas escolas estaduais para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Na avaliação dos resultados os autores destacaram que as políticas preventivas já existentes precisam ser mais efetivas e mais valorizadas com a participação de mais setores possíveis, sendo fatores que dependem do compromisso e atualizações de gestores e profissionais de educação e saúde. Além disso, as ações em vigor atualmente estão aquém do preconizado pelos programas. Desse modo, os autores sugerem avaliar potencialidades e fragilidades dos resultados sendo a intersetorialidade uma

potencialidade e afirmam que as vivências proporcionadas pelo contato direto entre o ambiente escolar, estudantes e educadores contribuem para que os estudantes da saúde desenvolvam um olhar ampliado sobre o conceito de integralidade do cuidado, o que pode contribuir para práticas em saúde mais consistentes e resolutivas.

Borges, Nichiata e Schor (2006), trazem em seu estudo, feito com 383 adolescentes, que a grande maioria dos desses já participaram alguma vez de atividades educativas voltadas à educação sexual, promovidas pela escola (85,9%), ao passo que apenas 26,9% participaram de tais atividades promovidas por alguma unidade de saúde. Ou seja, a minoria dos participantes conseguiram essas informações dentro da unidade de saúde. E isso nos leva a vários questionamentos sobre a relação das Unidades de Saúde e abordagem da sexualidade aos adolescentes pertencentes ao território.

Em relação a pouca abordagem da educação sexual para o adolescente na unidade básica de saúde, segundo Fernandes e Santos (2020) que realizaram um estudo com o objetivo de discutir aspectos relacionados ao processo formativo de gestores e profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) no cuidado à saúde do adolescente, observou-se que médicos e enfermeiros consideram seu processo formativo incipiente e superficial no âmbito da saúde do adolescente, uma vez que não tiveram matérias que abordassem especificamente a saúde do adolescente, ou que o tema era abordado em conjunto com a saúde da criança e assim davam maior ênfase nesta última. Além disso, os profissionais relataram que as atividades de educação em saúde nos serviços são insuficientes, pois quase nunca as problemáticas abordadas embarcam o cuidado com o adolescente. Nas entrevistas com gestores de saúde da mesma pesquisa, os mesmos pontuaram a deficiência formativa dos profissionais, que os levavam a priorizar os temas relacionados aos programas já institucionalizados, ficando o adolescente não contemplado nessas atividades educativas.

1.4 A Responsabilidade Feminina Sobre A Prevenção Da Gravidez

A cobrança social da gravidez na adolescência advir somente de um lado da “relação” é um ponto relevante na análise de pontos prejudiciais para adolescente do sexo feminino. Arcanjo et al., (2007) em estudo realizado em uma unidade municipal de saúde em Fortaleza-CE, observou-se que de modo geral, “mulheres tendem a se envolver mais com as conseqüências dos seus atos no campo da sexualidade e contracepção, enquanto homens vivem sua sexualidade de forma despreocupada e não apresentam inquietações com a contracepção”. Segundo o estudo, essa realidade está relacionada ao fato de que os homens dificilmente sentirão como sua a responsabilidade de evitar a gravidez e culpam as mulheres quando a mesma acontece.

A posição da adolescente gestante, no contexto familiar, é redimensionada, na medida em que ela precisa desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas ao cuidado do bebê e de si mesma. A família também passa a ter expectativas em relação ao seu desempenho como mãe e em relação ao seu futuro. Independente de ter ou não desejado ser mãe, o papel materno se impõe para a adolescente e passa a assumir um espaço significativo na sua vida (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Aliado a esse contexto, estudos apontam que a ausência de um comportamento contraceptivo em jovens se encontra associada à ambiguidade de valores sociais em relação ao corpo, à sexualidade e ao gênero transmitidos aos adolescentes, pois se espera da mulher um comportamento passivo, enquanto do homem é esperado um comportamento ativo. Assim, o despreparo apresentado por muitas adolescentes em sua primeira relação confirmaria essa atitude passiva, um número elevado de adolescentes, sendo um dado verificado no presente estudo, pois 60% não utilizava nenhum método contraceptivo. Preparar-se para uma relação, que pode ser indicado através da adoção de um comportamento contraceptivo adequado, implica em uma postura ativa da mulher, que pode ser interpretada como experiência sexual ou “vontade de”. O estudo traz dados importantes da perspectiva de vida da adolescente grávida, pois 20% das adolescentes, o principal plano para o futuro mais promissor é ter uma profissão. Já estudar, apenas para 4%, e trabalhar, para 10%. Portanto, são 32,5% adolescentes que têm uma expectativa de busca da autonomia, tanto profissional como pessoal.

1.5. Gravidez Na Adolescência E Seus Desfechos

A gravidez na adolescência é considerada uma questão de saúde pública, uma vez que uma das principais causas de óbito entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 24 anos nas Américas é a morte materna. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2014, cerca de 1,9 mil adolescentes e jovens morreram em decorrência de complicações ocorridas durante a gravidez, parto e puerpério.

Dias e Teixeira (2010) apontam em revisão seletiva e não sistemática da literatura a respeito do fenômeno da gestação na adolescência, que há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento, quando comparado com gestantes de outras faixas etárias. Algumas complicações como tentativas de abortamento, anemia, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, (pré) eclampsia, desproporção céfalo-pélvica, hipertensão e depressão pós-parto estão associadas à experiência de gravidez na adolescência. Os autores ainda apontam que, em termos sociais, a gravidez na adolescência pode estar associada à pobreza, evasão escolar, desemprego, ingresso precoce em um mercado de trabalho não-qualificado, separação conjugal, situações de violência e negligência, diminuição das oportunidades de mobilidade social, além de maus tratos infantis.

De acordo com Farias e Moré (2012) em estudo sobre as repercussões ocorridas na vida de adolescentes que engravidaram entre 12 e 14 anos, dentre alguns dos problemas destaca-se os riscos para a saúde de mãe e filho, o baixo nível socioeconômico, abandono escolar, sofrimento psíquico e dificuldades na adoção de comportamentos contraceptivos. Além disso, reforçam que, somado aos impactos a curto prazo, há dificuldades que continuam a progredir no desenvolvimento da adolescente e seu núcleo familiar ao longo dos anos, como temores em serem desacreditadas por pais e profissionais em sua capacidade de cuidar do filho, desemprego, ingresso precoce no mercado de trabalho não-

qualificado, dificuldades para continuar os estudos, evasão escolar, sentimentos de perda, tristeza, solidão e isolamento, maus tratos infantis e separação conjugal.

Com relação à escolaridade no contexto da gravidez na adolescência, em estudo realizado no setor de Planejamento Familiar na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM, os autores apontam que a gravidez na adolescência “vulnerabiliza adolescentes jovens, principalmente mulheres, roubando-lhes a oportunidade de pleno desenvolvimento a que têm direito, favorecendo menor chance de crescimento pessoal e profissional” (BERLOFI et. al., 2006).

De acordo com Carlos, Andrade e Beccalli (2021), a gravidez na adolescência é, em sua maioria, permeada por características negativas e transformações radicais, como o abandono dos estudos e do lar, marginalização e dependência financeira. Além disso, os autores destacam o abandono escolar como consequência da gravidez na adolescência por vários motivos, sendo alguns deles sentimento de vergonha, não gostarem mais da escola e/ou por desejo do companheiro. Porém, a evasão escolar e as dificuldades econômicas podem não ser apenas consequências da maternidade, mas resultado de uma situação pré-existente à gravidez, a qual somente perpetuou tal situação. Muitas vezes, para as mesmas, abandonar os estudos e ingressar no mercado de trabalho é a única solução.

Desse modo, observa-se que a desinformação do adolescente sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar e educação sexual é falha em vários fatores devido a muitos motivos, sendo eles: pouco diálogo entre terceiros detentores de conhecimento como os responsáveis legais e profissionais de unidades de saúde; acesso limitado e insuficiente à educação sexual (limitando-se apenas nas unidades escolares); falha na formação profissional para lidar com adolescente proporcionando-os maiores inseguranças e, por fim, cobrança social apenas do sexo feminino com relação ao uso do método contraceptivo. Aliado a esse cenário, a gravidez na adolescência constitui-se um problema de saúde pública devido a alta taxa de mortalidade materna nessa faixa etária devido a complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

2. PESQUISA ANALÍTICA E DE CAMPO

2.1 Material E Método

2.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e prospectivo com abordagem quantitativa.

Amostragem por conveniência considerando o número de adolescentes de escolas públicas que concordarem a participar da pesquisa em Franca - SP matriculados regularmente na rede estadual de ensino.

2.1.2 Local de Estudo

Esse estudo possui como cenário de pesquisa o município de Franca - SP e será realizado nas escolas públicas da cidade que forem adeptas a participarem da pesquisa através da autorização de pesquisa emitida pelas mesmas após contato inicial.

2.1.3 População de Estudo

Estudantes de 15 a 18 anos incompletos que estudam em escolas públicas (estaduais ou municipais) na cidade de Franca- SP.

2.1.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão elegíveis para participar do estudo:

- Estudantes em uma faixa etária de quinze a dezoito anos incompletos, matriculados em alguma escola da rede estadual de ensino do município adeptos a pesquisa.

Serão excluídos do estudo

- Adolescentes com deficiência visual e intelectual, visto que será aplicado um formulário de pesquisa.
-

2.1.4 Procedimento de Coleta de Dados

O participantes responderão um questionário estruturado de forma que contemple as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade e religião) e variáveis no aspecto ginecológico (sexarca, método contraceptivo em uso, gravidez e aborto) aplicado pela estudante através da distribuição de um link com acesso ao formulário realizado através da ferramenta *Google Forms* durante os intervalos das aulas nas escolas que autorização a pesquisa.

Os adolescentes receberão um link com o formulário de questões para responder entre os intervalos de aulas.

Todos os adolescentes de ensino médio matriculados na rede estadual de ensino nas escolas que foram adeptas ao projeto através da autorização de pesquisa serão convidados a participar da pesquisa e os participantes que preencherem os critérios de inclusão e concordarem em participar da pesquisa preencherão um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – ANEXO 1- e os pais dos mesmos preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando o menor a participar - ANEXO 2-, e em seguida aqueles que selecionarem que concordam em participar e forem autorizado pelos seus tutores legais serão direcionados através de

um endereço eletrônico (link) para um da ferramenta online (*Google Forms*) a fim de responder o questionário da pesquisa.

2.2 Tamanho Amostral

O tamanho da amostra será estabelecido de acordo com a quantidade de escolas que autorizarem a pesquisa e seus respectivos número de alunos que aceitarem em participar da pesquisa durante o período da disponibilização do formulários de questões (junho 2021 a julho 2021). Portanto, trata-se de uma amostra não probabilística (por conveniência).

2.3 Variáveis Do Estudo

- Perfil sociodemográfico;
- Presença ou ausência de sexarca;
- Conhecimento e uso de método anticonceptivo;
- Pessoa e/ou local com quem/onde o adolescente mais conversa sobre o assunto sexualidade e gravidez na adolescência;
- Frequência de participação do adolescente em rodas de conversa sobre sexualidade e por quem foram realizadas (escola, unidades de saúde e outros);
- Ocorrência e recorrência de gravidez na adolescência;
- Responsável pela ocorrência de gravidez da adolescência.

3. Tratamento E Análise De Dados

Os dados coletados serão analisados através do programa *Statistics 12.0*. Serão utilizadas técnicas de estatística descritiva: medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas e medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Serão realizados estudos de prevalências, utilizando o teste do E Qui- quadrado, sendo $P < 0,001$.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Riscos e desconfortos

Estão previstos mínimos na realização dessa pesquisa como o desconforto para responder às perguntas.

Benefícios

O questionário pode eventualmente ser um estímulo aos participantes sobre a busca do conhecimento sobre métodos contraceptivos e educação sexual após entrar em contato com o formulário

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com essa pesquisa obter dados sobre a desinformação dos adolescentes acerca dos métodos contraceptivos, com a finalidade de promover intervenções e estratégias de educação em saúde que atendam às necessidades identificadas e possam contribuir para redução dos índices de gravidez precoce bem como de infecções sexualmente transmissíveis no município de Franca-SP.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PRELIMINARES

Com a revisão bibliográfica foi possível perceber que a desinformação é uma das principais causas da gravidez na adolescência e quando há informação é identificada como insuficiente. As possíveis fontes de informação identificadas são parentes de primeiro grau (pais ou responsáveis legais), escola mediante educação sexual, unidades básicas de saúde (UBS) e outros profissionais de saúde que desempenham essa função de forma intersectorial. A falta de diálogo entre pais e filhos por presença de tabus sociais, a falta de projetos escolares no manejo da educação sexual e baixa relação profissionais de saúde e paciente em UBS são desafios presentes.

Como fruto de uma gravidez não planejada, surgem fragilidades sociais como evasão escolar, baixa oportunidade de emprego devido a pouca capacitação no mercado de trabalho e, conseqüentemente, uma situação financeira frágil. Foi possível observar a partir da literatura revisada, que o prejuízo para o sexo feminino é maior comparado ao parceiro, visto a cultura e padrão social responsabilizam o sexo feminino pela ocorrência da gravidez não planejada.

Desse modo conclui-se a importância da informação e educação sexual na faixa etária dos adolescentes já que as conseqüências a longo prazo têm grande relevância em âmbito pessoal, profissional, financeiro, cultural e de saúde.

REFERÊNCIAS

Arcanjo, Conceição de Maria, Oliveira, Maria Ivoneide Veríssimo de e Bezerra, Maria Gorete Andrade. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza - Ceará. Escola Anna Nery. 2007, v. 11, n. 3, pp. 445-451.

Berlofi, LM; Alkmin, EL; Barbieri, M; Guazzelli, CAF; Araújo, FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.19, n.2, p.196-200.

Borges, Ana Luiza Vilela, Nichiata, Lúcia Yasuko Izumi e Schor, Néia Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006, v. 14, n. 3, pp. 422-427.

BRASIL. Ministério da Saúde - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília- DF, 2010.

Fernandes, Emanuella Soares Fraga e Santos, Adriano Maia dos. Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde * * Bolsista do Programa de Apoio à Capacitação Docente e de Técnicos Administrativos (PAC-DT), da Universidade do Estado da Bahia (Uneb). . Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2020, v. 24.

Fundação ABRINQ (2019). Cenário da infância e adolescência no Brasil. São Paulo, 2019.

Furlanetto, Milene Fontana et al. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. Cadernos de Pesquisa. 2018, v. 48, n. 168.

Gomes, W.A.; Costa, M.C.O; Sobrinho, C.L.N; et al, Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. Jornal de Pediatria. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p.301-308, 2002.

Higa, E.F.R. et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Marília-SP, v. 19, n.1, pp. 879-891, 2015.

Mendes, Stéfani de Salles et al. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. Revista Paulista de Pediatria. 2011, v. 29, n. 3 [Acessado 28 Abril 2021] , pp. 385-391.

Ministério da Saúde, Marco legal: saúde, um direito de adolescentes- 1º edição - Brasília, 2007.

Nery, I.S.; Feitosa, J.J.M.; Sousa, A.F.L.; Fernander, A.C.N. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. Acta Paul Enferm., Teresina, PI, v.28, n.3, p. 287-292, 2015.

Organização Pan- Americana de Saúde Organização Mundial da Saúde. “América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo”.

Patias, N.D. e Dias, A.C.G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 19, n.1, p.13-22, Mai. 2014.

Sociedade Brasileira de Pediatria – “Departamento Científico de Adolescência” – Prevenção da Gravidez na Adolescência. Nº 11, Janeiro, 2019.

VIEIRA, P.M. e MATSUKURA, T.S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. Revista Brasileira de Educação. São Carlos- SP, v. 22, n. 69, pp. 453-474. Jun, 2017.

Wilson E.K., Dalberth B.T., Koo H.P., Gard J.C. Parents' perspectives on talking to preteenage children about sex. *Perspect Sex Reprod Health*, EUA, v.42, n.1, p.56-63, Mar. 2010.

ANEXO A

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA INTERFACE COM A INFORMAÇÃO EM SAÚDE”. Seus pais permitiram que você participasse. Queremos avaliar o grau de informação de adolescentes sobre gravidez na adolescência e assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, Os participantes dessa pesquisa têm de 15 a 18 anos de idade incompletos. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita através do formulário online , onde você responderá algumas perguntas de múltipla escolha e dissertativas. Para isso, será usado ferramenta “formulário” do Google intitulada como “Google Forms”. O uso desse material é considerado, seguro (a), com ausência riscos para o participante. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar através da pedquisadora Júlia Mara de Freitas, através do telefone de contato (19) 982926020. Os benefícios dessa pesquisa serão obtidos através do resultados futuros, gerando orientações para beneficiar os adolescentes atendidos nos serviços de saúde e nas escolas durante as atividades de educação em saúde. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar o seu nome.

Eu aceito participar da pesquisa A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA INTERFACE COM A INFORMAÇÃO EM SAÚDE. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar. Mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Recebi uma via deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Franca, ___ de _____ de _____.

Assinatura do menor

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNI-FACEF: Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (que é um grupo de pessoas que revisa as pesquisas para proteger os direitos dos participantes), pelo telefone (16) 3713- 4630.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA INTERFACE COM A INFORMAÇÃO EM SAÚDE”.

Pesquisadores responsáveis: Ana Carolina Garcia Braz Trovão, (16) 99118-0288, e-mail carolbtrovao@gmail.com, Júlia Mara de Freitas, (19)98292-6020, e-mail juliamara_freitas@hotmail.com

Prezado(a), O(A) Senhor(a) está sendo convidado (a) a autorizar a participação do menor nesta pesquisa que será realizado através de um questionário para avaliação de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Como é um convite, o senhor(a) não é obrigado a participar. Além disso, o (a) senhor (a) pode desistir de participar a qualquer momento.

Justificativa: Vários estudos têm sugerido que a gravidez na adolescência acontece por desinformação relacionada a saúde sexual e reprodutiva como o uso de métodos contraceptivos. Objetivos da pesquisa: avaliar o grau de informação dos adolescentes sobre gravidez na adolescência e assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Procedimento: será enviado um link para o seu número de celular e você responderá um questionário sobre métodos contraceptivos e informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Riscos e desconfortos: Não estão previstos riscos ou desconfortos nesta pesquisa, além daqueles relacionados ao preenchimento do questionário. Lembramos que o (a) senhor (a), não é obrigado a participar da pesquisa. Qualquer sujeito da pesquisa tem o direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa. Benefícios: Não há benefício direto para o participante da pesquisa. Não está previsto nenhuma forma de compensação ou remuneração pela participação no estudo. Entretanto, os conhecimentos obtidos com esta pesquisa poderão gerar orientações para beneficiar os adolescentes atendidos nos serviços de saúde e

também nas escolas durante as atividades de educação em saúde. Confidencialidade da pesquisa: O sigilo será assegurado, na medida em que apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso aos dados. Os resultados obtidos neste estudo serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e seus resultados poderão ser publicados em revistas da área de saúde, mas não será usada nenhuma identificação do participante, o que garantirá o anonimato da sua participação. Aceite em participar do estudo: após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Ao assinar o documento, o (a) senhor (a) consente em participar, mas tem a liberdade de sair da pesquisa em qualquer momento. As informações fornecidas pelo(a) senhor (a) são confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Além de poder consultar os pesquisadores para explicações sobre a pesquisa em qualquer momento, o(a) senhor(a) também poderá tirar dúvidas referentes aos aspectos éticos da pesquisa junto ao Comitê Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (que é um grupo de pessoas que revisa as pesquisas para proteger os direitos dos participantes), pelo telefone (16) 3713-4630.

Este documento é elaborado em duas vias, devendo uma ficar com o(a) senhor(a) e outra com os pesquisadores responsáveis.

Assinatura do Participante

____/____/____

Data

Assinatura do Pesquisador

____/____/____

Data

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Fernanda Silva Formal
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
fernandaformal09@gmail.com

Gislene Rodrigues Bonfim
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
bonfimg59@gmail.com

Marcia Lopes Urquiza
Docente do Curso de Graduação em Enfermagem – Uni-FACEF
marcialurquiza@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A assistência à gestante no pré-natal, historicamente era de responsabilidade de parteiras, pois eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Eram partos feitos na residência da gestante, onde a figura masculina não participava deste momento (RIESCO; FONSECA, 2002).

Segundo Osava (2007), a partir do século XX na década de 40 foi intensificada a hospitalização do parto, permitindo assim, a medicalização e controle do período gravídico e puerperal, sendo o parto um processo natural, privativo e familiar, com vários profissionais conduzindo este período. Sendo assim, o início de uma gestação até o seu final é considerado um fenômeno fisiológico, evoluindo sem anormalidades e intercorrências na maioria das vezes. Porém, uma minoria evolui para algum tipo de complicações ao decorrer da gestação, adquirido durante a evolução da gravidez ou mesmo por alguma patologia pré-existente, como diabetes, hipertensão arterial, etc. Estas são consideradas gestantes de alto risco.

Desde o ano de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem proposto o uso de tecnologias adequadas para o parto e nascimento com base em evidências científicas que vão de encontro a práticas preconizadas no modelo médico de atenção. Cita também a humanização como uma assistência ao parto que implica toda equipe respeitando os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto e

nascimento, onde são oferecidos suporte emocional e garantindo os direitos de cidadania (DIAS; DOMINGUES, 2005).

No Brasil, houve redução das taxas de mortalidade materna desde a década de 90. Ainda que tenha sido uma queda significativa, está longe do desejável mesmo com toda a evolução da cobertura do pré-natal (BRASIL, 2012). Reforçando a necessidade de uma assistência qualificada por profissionais capacitados.

Nesse cenário, a rede cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de estruturar e organizar a atenção materno-infantil, objetivando a qualificação das redes de atenção materno-infantil em todo o país, e a minimização da elevada taxa de morbimortalidade. O enfermeiro está inserido em uma posição de destaque na equipe, visto que possui qualificação para assistir a mulher. Como forma de evitar complicações que implicam em riscos para mãe e feto, é imprescindível uma assistência de pré-natal com certo rigor, durante todo o processo da gestação, de forma a contribuir na identificação e prevenção dos fatores de riscos, bem como reduzir a morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2012).

O pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado de forma integral pelo enfermeiro, sendo a consulta de enfermagem privativa e uma atividade realizada independente, objetivando proporcionar condições para promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida da gestante, através da participação e abordagem contextualizada, estando de acordo com o MS e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2003).

A assistência desse profissional traz impactos positivos no pré-natal, haja vista que contribui para a redução da mortalidade materna, garantindo a identificação precoce das complicações próprias da gestação, possibilitando o tratamento adequado de doenças maternas existentes antes da gestação. Na política de humanização, itens como o acolhimento e escuta são essenciais nesse momento, corroboram para a consolidação de vínculos e a continuação dos cuidados (SILVA, et al., 2017).

Para que haja uma assistência de qualidade, é importante que os profissionais avaliem as gestantes em sua singularidade, a partir das necessidades ambientais e sociais, não mantendo o olhar voltado somente no biológico. Devem

estar preparados para a escuta ativa das principais queixas e esclarecimento de suas dúvidas, fazendo com que a gestante seja mais participativa, conseqüentemente qualificando a educação em saúde durante a assistência à gestante (RIOS, VIEIRA, 2007).

De acordo com os autores Novaes et.al (2018) a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe ou do feto têm maiores chances de serem afetadas que as da média de outras gestantes, em alguns casos sem mesmo existir uma doença propriamente dita, como no caso de gestantes adolescentes ou mesmo as maiores de trinta e cinco anos de idade. É chamada de alto risco também quando a gestante ou o feto apresentam alguma doença que aumentam as chances de evolução desfavorável da gestação, ou seja, doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes, renais, autoimunes, alcoólatras, usuárias de drogas, cardiopatia materna ou fetal e malformação fetal.

Para que a gestante se sinta tranquila e confortada, a qualidade da assistência do enfermeiro à gestante não pode se efetivar sem considerar suas necessidades e/ou expectativas e sem ter a sensibilidade e intuição humanizada para captar o que é necessário incluir no plano de ações, para que o cuidado se torne significativo. A atenção do enfermeiro no pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, deverá ser de fácil acesso e de qualidade, integrando todos os níveis de atenção, ou seja, promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do feto de alto risco (PAVANATTO, 2014).

Para que a assistência de enfermagem seja adequada é fundamental o início precoce do pré-natal para que haja a realização de no mínimo seis consultas, conforme preconiza a OMS, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, sendo que até a 28ª semana (mensalmente), da 28ª até a 36ª semana (quinzenalmente), dá 36ª até a 41ª semana (semanalmente) até o atendimento hospitalar (POLGLIANE et.al., 2014).

Por existirem vários fatores geradores de risco gestacional, é necessário identificar alguns que podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez, sendo sua identificação importante nas mulheres em idade fértil permitindo assim, orientações às que estão vulneráveis nos que concerne ao planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional. Importante orientar

mulheres, em situações de vulnerabilidade, o acesso aos serviços de saúde e oportunidade de estarem bem informadas e na melhor condição física possível antes de engravidar (BRASIL, 2012).

O MS cita alguns fatores que contribuem para a gestação de alto risco, como: vulnerabilidade social e econômica, ser de raça negra, hipertensão arterial sistêmica, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, cardiopatias, tabagismo, infecção do trato urinário de repetição, alcoolismo, diabetes mellitus, infecções pelo vírus HIV, multi gestações e disfunção tireoidiana. Tais fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os enfermeiros estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico (BRASIL, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa surgiu através do interesse em abordar esse assunto após contato com a disciplina Saúde da Mulher, e leituras referente ao tema. Com este estudo pretendemos destacar a importância da assistência de enfermagem no pré-natal, pois através de um acompanhamento integral é possível realizar a promoção de saúde e a prevenção de agravos na gestação. Ao prestar a assistência às gestantes, o enfermeiro participa de todo o processo da gestação desde o diagnóstico da gravidez até o final deste período, utilizando o conhecimento científico e uma abordagem humanizada. Considera-se o tema de relevância para o estudo proposto, buscando na literatura discorrer sobre o assunto de maneira a responder as questões levantadas.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever as competências desenvolvidas pelo enfermeiro na prática da atenção ao pré-natal, objetivando a prevenção de agravos à gestante e ao feto.

3.2 Específicos

- Conceituar a consulta de enfermagem no pré-natal;
- Dissertar sobre a humanização na assistência de enfermagem ao pré-natal;
- Descrever os fatores que contribuem para a classificação da gestação de risco
- Identificar a importância da enfermagem no processo do cuidado.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, buscando identificar na produção científica temas sobre a humanização e assistência de enfermagem no pré-natal.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado tema, sob ponto de vista teórico ou contextual. Constituem basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos científicos, revistas impressas ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2009).

Primeiramente adotou-se uma questão norteadora para a busca de produções bibliográficas: Quais as principais ações desenvolvidas pelo enfermeiro na assistência à gestante durante o pré-natal capaz de subsidiar um desfecho favorável?

A segunda fase foi consultar os descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) utilizados na busca: gravidez de alto risco; pré-natal; assistência humanizada; assistência de enfermagem.

A terceira fase definiu -se os critérios de inclusão e exclusão para a seleção de artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra e gratuitamente, em idioma português, publicações à partir de 2010 até a presente data. Os critérios de exclusão definidos foram: estudos de revisões de literatura, artigos não disponíveis gratuitamente, publicações em língua estrangeira e anteriores a 2010.

Na quarta fase seguiu-se com o levantamento bibliográfico, consultando nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os resultados da busca foram um total de 74 artigos, desses 12 foram considerados relevantes e 62 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão do nosso estudo. Neste artigo contém resultados parciais obtidos até o momento, seguindo em andamento para finalização.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1. Consulta de Enfermagem no Pré-Natal

O enfermeiro pode atuar no pré-natal de risco habitual intercalando as consultas com o médico clínico e dando assistência integral a gestante, estando amparado pela Lei do Exercício Profissional e de acordo com o Decreto nº 94.406/87 do Conselho Federal de Enfermagem. É dentro deste contexto que se destaca o significativo papel da enfermagem, na atenção pré-natal, sendo as suas principais ações nessa assistência:

Prática educativa para as mulheres e suas famílias; consulta de pré-natal; solicitação de exames de rotina e tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhamento de gestantes, grupos de sala de espera, etc.; visita domiciliar; fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; realização de coleta de exame citopatológico (FERNANDES; ANDRADE; RIBEIRO, 2011, p.18).

Dessa forma, dentre as competências da equipe de enfermagem no acompanhamento pré-natal é destacada a necessidade de sensibilização às gestantes e familiares acerca dos benefícios do pré-natal, a importância do aleitamento materno e a proteção fornecida pelas vacinas para a gestante na gravidez e para o recém-nascido. Assim sendo:

A consulta de enfermagem é regulamentada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, o que confere as (os) enfermeiras(os) a possibilidade de realizarem atendimentos às gestantes no pré-natal de risco habitual, pois é uma atividade independente, realizada privativamente pela(o) enfermeira(o), e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (DUQUE, 2016, p.20).

Estudos de Fernandes; Andrade; Ribeiro (2011) apontam que os enfermeiros estabelecem uma interação com a gestante, favorecendo o estabelecimento de vínculo, o acesso a informações e estímulo de adoção de medidas de autocuidado. O enfermeiro está engajado no desafio de prover ações que garantam uma atenção segura, de qualidade e humanizada durante a gestação, processo de nascimento e puerpério. O enfermeiro planeja, organiza, implementa e avalia a assistência às gestantes, ininterruptamente, sendo também o trabalho em equipe fundamental no processo de cuidar em todos os âmbitos da área da saúde.

Felix; Maia; Soares (2019) deixam em seus estudos sugestões para ações de enfermagem na consulta, como por exemplo: desenvolver programas de capacitação contínuos, com o intuito de que a equipe de enfermagem agregue os conhecimentos que permeiam o contexto de atenção à gestante; favorecer a implantação de programa que favoreça atividades em grupo, um espaço onde serão explanados sentimentos, ansiedades, expectativas, contato com arte, música e desenho. Tudo isso na perspectiva de auxiliar a gestante a vivenciar a gestação de forma mais saudável, tranquila, conduzindo-a ao protagonismo frente ao processo gestacional.

5.2. Humanização na Assistência de Enfermagem no Pré-natal

Humanização na Assistência de Enfermagem ao Pré-natal pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as gestantes durante o processo de atendimento e compreende: respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais, disposição para ajudar a gestante a diminuir a ansiedade, a insegurança e outros temores, promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo de toda a consulta de enfermagem até o parto e nascimento (PAVANATTO, 2014).

A atenção no pré-natal humanizada e de qualidade se dá por meio de incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção, desde o atendimento ambulatorial básico até o hospitalar para a gestante de alto risco (ERRICO et.al.,2018).

Os focos do processo de aprendizagem a serem realizadas pelos enfermeiros, em grupo ou individualmente, devem conter uma linguagem clara e compreensível para que promova orientações gerais sobre cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, respeitando a cultura e o saber popular e assim promover a participação ativa no consultório de enfermagem (LEMES, 2012).

5.3 Fatores na Classificação da Gestação de Alto Risco

Para determinar se uma gestação é de alto risco, os principais fatores são: síndromes hipertensivas, idade, obesidade e desnutrição, questões sociais, vulnerabilidade, escolaridade, histórico de complicações obstétricas anteriores e de doenças pré-existentes. Segundo o Ministério da Saúde a hipertensão arterial gestacional e síndromes hipertensivas na gravidez, ou seja, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e síndrome hellp, são os fatores que mais determinam a gestação de alto risco e apresentam elevado índice de morbimortalidade materna, fetal e neonatal (BRASIL, 2012).

Quando existe a presença de um ou mais fatores de risco para a gestação de alto risco, é indicada a necessidade de maior atenção do enfermeiro na

consulta de enfermagem, onde deverá haver consultas e visitas domiciliares com maior frequência, com intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento. O enfermeiro deverá estar atento aos fatores de risco e identificar o momento em que a gestante necessitará da assistência especializada ou de inter-consultas com outros profissionais (BRASIL, 2012).

6. Referências

BERVIAN, P. A. ;CERVO, A. L; SILVA, R. Metodologia Científica. 6 ed. São Paulo, 2009. Pearson Education do Brasil. Disponível em: <<https://aedmoodle.ufpa.br/mod/folder/view.php?id=159778&forceview=1>>. Acesso em: 15/02/2022.

BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF, 2006. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 04/03/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em:04/03/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 10/02/2022.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 544, de 9 de maio de 2017. Revoga a Resolução Cofen nº 159/1993, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Diário Oficial da União: Brasília, 2017. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html>. Acesso em: 05/05/2022.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciên & Saúde Coletiva 2005;10(3):699-705. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/R4B6TWngCmchXnLnS5ZNwHf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08/03/2022.

DUQUE, D. A. A. Validação de uma ficha clínica para a consulta de pré-natal às gestantes de risco habitual: uma proposta de enfermeiras. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de

Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/3179>>. Acesso em: 04/03/2022.

ERRICO, L. S. P. et al. O trabalho dos enfermeiros no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. Rev. Bras. Enferm., Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/VZYWczTcsFF6PBPS96DCjZh/?lang=pt>>. Acesso em: 05/03/2022.

FERNANDES, B.M.; ANDRADE, A. M.; RIBEIRO, L. C. Avaliação do pré-natal de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras de uma casa de parto. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 17-29, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/12/66>>. Acesso em: 05/04/2022.

FELIX, A. M. S; MAIA, F. O. M; SOARES, R. A. Q. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. Enferm. Foco. 2019,10(6): 175-182. Disponível em: <<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n6.2779>>. Acesso em: 01/05/2022.

LEMES, A. G. Assistência de enfermagem a gestante na primeira consulta de pré-natal. Revista Eletrônica da Univar, v. 1, n. 8, p. 70-73. 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722>>. Acesso em: 03/04/2022.

NOVAES, E. S. et al. Risco gestacional e fatores associados em mulheres atendidas pela rede pública de saúde. Ciência, Cuidado e Saúde, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i3.45232>>. Acesso em: 11/04/2022.

OSAVA, R. H. Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos (tese). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, USP; 2007. OSAVA RH. Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos (tese). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, USP; 2007. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/pt-br.php>>. Acesso em: 03/04/2022.

PAVANATTO, L. M. S. A. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. Rev enferm, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11329/pdf>>. Acesso em: 18/04/2022.

POLGLIANE R. B .S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>>. Acesso em: 18/04/2022

RIESCO, M.L.G; FONSECA R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto Cad. Saúde pública 2002;18(3):685-98. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300012>>. Acesso em:22/04/2022.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. V. 12, n. 2. 2007, p. 477- 486. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/HDzzLTnLSG4KfLmTZxJRdbH/?lang=pt>>. Acesso em: 26/04/2022

SILVA, A. L. N. et al. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. Revista Enfermagem, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf> >. Acesso em: 07/04/2022.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM UM CENTRO CIRÚRGICO, DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Bruna Carolina Costa
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
cbruna.costa@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Mestre em Tecnologia em Saúde e Enfermagem
Docente do Departamento de Enfermagem
e Medicina– Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Entre os princípios éticos que constituem a assistência em saúde, não causar danos representa a base do cuidado médico, uma vez que, os erros e as iatrogenias podem transformar-se em problemas maiores que aqueles que levaram o doente a procurar atendimento (TAGAWA, et al., 2020).

Nesse sentido, é necessário procurar meios para reduzir danos e sofrimentos, empenhando-se para que os processos e mecanismos desse cuidado sejam mais seguros possíveis para o paciente, dentro dos limites da medicina (REIS; LANGUARDIA; MARTINS, 2012).

É preciso definir os riscos que influenciam nesses cenários, e aqui serão direcionadas para a área da saúde. A atual definição de risco clássico, compreende a probabilidade de ocorrência de efeito adverso e severidade do mesmo, associado a diferentes morbimortalidades (ALMEIDA; ROUQUAYROL, 2008). Dessa forma permite estimar qualitativamente a associação entre eventos e grau de exposição, inferindo a suscetibilidade e probabilidade (NAVARRO, 2021).

Avaliar e estimar o risco possibilita a tomada de decisões racionais e sustentadas por evidências científicas, evitando o senso comum que pode levar a gastos desnecessários e condutas inadequadas e inefetivas (NAVARRO, 2021).

O risco potencial, diferentemente do risco clássico, não exige o estabelecimento entre causa e efeito, envolvendo a possibilidade do desfecho negativo (FREITAS; LEANDRO; NAVARRO, 2019).

O benefício configura-se como o oposto do risco, sendo uma condição ou contexto que possui certa probabilidade de desfecho favorável. O benefício potencial envolve a possibilidade de o desfecho favorável ocorrer, sem nexos causal (NAVARRO, 2021).

A gestão de riscos apresenta-se como um dos pilares para garantir a segurança do paciente, que está intimamente envolvida com a qualidade assistencial dos serviços de saúde (WHO, 2011). Dessa forma, a avaliação e resolução de situações que apresentam risco ao paciente atualmente faz parte da agenda de saúde global como um dos desafios a serem ultrapassados (SCOTT; JHA, 2014).

Para atingir esse objetivo, diversos países desenvolveram políticas públicas de enfrentamento do problema. No Reino Unido, uma ferramenta de gestão foi elaborada como sete passos para a garantia da segurança do paciente. Os Estados Unidos reúnem 34 práticas de segurança, das quais a gestão de risco é parte integrante. No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi uma das primeiras políticas desenvolvidas (UK, 2004)(GAMA, 2020)(BRASIL, 2013).

A redução de riscos no Brasil, é realizada por meio do gerenciamento da qualidade, de modo que, a legislação vigente permite o respaldo da fiscalização pela vigilância sanitária. Entre as abordagens possíveis para garantir a segurança e qualidade da assistência, a utilização de auditores e fiscais requer objetividade e uma visão ampla e flexível (GAMA, 2020).

Buscando facilitar a avaliação e inspeção, diversas ferramentas e modelos têm sido propostos, entre eles os Roteiros Objetivos de Inspeção (ROI) desenvolvidos para facilitar as fiscalizações no centro cirúrgico (CC), central de materiais e esterilização (CME), diálise e unidade de terapia intensiva (UTI) (ANVISA, 2021).

Esses roteiros fazem parte do Projeto de Harmonização das Ações Sanitárias em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde, que tem como

principal objetivo a harmonização dos processos de inspeção e fiscalização realizados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) por meio da utilização de um modelo de avaliação de risco e benefício potencial. A redução da subjetividade da avaliação, reprodutibilidade e fortalecimento da segurança são as principais contribuições desse projeto (ANVISA, 2021).

Entre os diversos cenários de aplicação do ROI, o centro cirúrgico detém grande atenção na agenda mundial por ser um ambiente em que efeitos adversos, riscos e benefícios devem ser monitorados com grande cautela. Em países industrializados, complicações importantes são relatadas em 3%-16% dos procedimentos cirúrgicos em pacientes internados, com taxas de incapacidade permanente ou morte em aproximadamente 0,4%-0,8% (OMS, 2009).

Em países em desenvolvimento, os estudos sugerem uma taxa de mortalidade de 5%-10% durante cirurgias mais extensas. Em países desenvolvidos, cerca de metade de todos os eventos adversos em pacientes hospitalizados estão relacionados à assistência cirúrgica. Nos casos em que o processo cirúrgico levou a prejuízos, ao menos metade deles era evitável (OMS, 2009).

Dados das análises das notificações dos incidentes relacionados à assistência à saúde, feitas pelos serviços de saúde do país, no ano 2017, por meio do Sistema NOTIVISA, evidenciaram que 438 pessoas foram a óbitos decorrentes de erros relacionados à assistência à saúde, sendo 28 (6,39%) foram por Falhas Durante Procedimento Cirúrgico. Verificou-se que “Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia” foi responsável por 2,12% dos casos (ANVISA, 2020).

Em busca qualificar o cuidado e atender as recomendações da 55.ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Por meio dessa Aliança, procurou-se conscientizar sobre a importância da segurança do paciente, comprometendo profissionais e serviços na busca de melhores assistência em saúde, através da estipulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente (OMS, 2009).

No segundo Desafio Global, o foco da atenção foi centralizado nos fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, área de grande impacto na saúde dos pacientes. A assistência cirúrgica é um componente essencial no cuidado em

saúde, trazendo alívio e cura em diversas afecções. Entretanto, pode trazer danos consideráveis ao paciente (OMS, 2009).

Entre os entraves para assegurar procedimentos cirúrgicos seguros, a negligência da segurança cirúrgica, caracterizada como um problema de saúde pública; práticas de segurança questionáveis; falta de acesso à assistência cirúrgica básica em locais com baixa renda e a complexidade do processo cirúrgico apresentam-se como os principais problemas a serem enfrentados.

Em vista disso, a OMS determinou dez objetivos que devem ser cumpridos para um ato cirúrgico seguro:

1. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
2. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
4. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
5. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
6. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
7. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Ao executar esses objetivos, espera-se que padrões seguros do cuidado em saúde possam ser alcançados em todos os contextos e locais, uma vez que, atentando-se a esses pontos os principais determinantes da segurança são vigiados, sendo eles: recursos e ambiente, infecção de sítio cirúrgico, anestesiologia, eficiência da equipe cirúrgica.

Percebe-se que a segurança de procedimentos requer a execução confiável de todos os profissionais envolvidos, em todas as etapas. O bom funcionamento do centro cirúrgico, representa a interação síncrona e equilibrada entre profissionais, ambiente e recursos.

A cultura de segurança é resultante de valores, atitudes, percepções e competências, do grupo ou indivíduos que determinam padrões de comportamentos para o gerenciamento de segurança da instituição. Dessa forma a utilização de ferramentas que avaliem e possibilitem identificar riscos na assistência, auxiliam na qualificação do cuidado e aumento da qualidade e segurança do paciente.

Assim, este estudo tem como questões norteadoras: Quais os riscos podem estar presentes em um centro cirúrgico e quais as práticas são desenvolvidas buscando garantir a qualidade e segurança do paciente?

2. OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade das práticas desenvolvidas em um centro cirúrgico, de um hospital do interior de São Paulo, por meio das legislações vigentes.

2.1 Objetivos Específicos

Identificar potenciais riscos que podem estar presentes no contexto perioperatório.

Identificar oportunidades de melhorias para fortalecer a qualidade das práticas em um centro cirúrgico.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de caso único, que será realizado no centro cirúrgico, de um município do interior paulista.

A coleta de dados está em andamento e sendo realizada por meio de visitas no local de estudo, conforme plano de trabalho articulado com os gestores da instituição de saúde. O instrumento utilizado é o Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) no centro cirúrgico e para análise a planilha de Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP).

O ROI foi construído com base no Modelo de Avaliação de Risco Potencial (MARP®) de autoria do Professor Marcus Navarro do Instituto Federal da Bahia. Por já ter sido validado para uso em agroindústrias, postos de combustíveis, laboratórios, estação de tratamento de água, restaurantes, cozinha industrial e serviços de saúde foi exequível em nas áreas de atuação da vigilância sanitária (ANVISA, 2021).

O uso da ferramenta MARP®/ROI deve seguir duas etapas: utilização de roteiro (ANEXO A) com a inspeção in loco e compilação de dados em planilha de avaliação (ANEXO B).

Etapas 1: Utilização de roteiro com a inspeção in loco

O ROI é composto por vinte indicadores que foram desenvolvidos de acordo com a legislação vigente e divididos em críticos e não críticos, que dependem da gravidade e do risco associado. Cada indicador apresenta seis opções de respostas, bem delimitadas, e que abrangem as principais situações que podem ser encontradas durante a avaliação de um serviço (ANVISA, 2021)..

Esse formato diminui a subjetividade e erros de interpretação comuns nos roteiros binários, além de adequar o serviço às legislações vigentes, que formam os indicadores do ROI (ANVISA, 2021).

A avaliação é dada por possíveis situações que podem ser encontradas. Cada situação corresponde a um número, que pode variar de 0 a 5. Caso a situação avaliada não seja correspondente a nenhuma da ferramenta, o não se aplica (NA) é utilizado.

As descrições correspondentes às opções de respostas 0, 1 e 2 reúnem situações em que o serviço avaliado não satisfaz a normativa sanitária vigente. A descrição correspondente ao número 3, equivale ao referencial normativo. Os correspondentes ao número 4 e 5, a descrição engloba a legislação, porém não se limita e vai além do exigido.

Etapa 2: compilação de dados em planilha de avaliação

Após preenchimento do ROI, a avaliação dos dados será feita pela planilha Marp disponibilizada pela Anvisa. Ela permite a avaliação do risco potencial e é composta pelo cabeçalho, indicadores avaliados no ROI, coluna para seleção da opção encontrada na inspeção e coluna com a criticidade do indicador. A interpretação dos dados após seu preenchimento é dada pelo valor de Risco Potencial e avaliação (aceitável, inaceitável, tolerável). Essa classificação e avaliação fornece substratos para a Vigilância Sanitária agir sobre os serviços avaliados (ANVISA, 2021).

4. RESULTADOS PARCIAIS

Ressaltamos que o estudo se encontra em andamento, na fase de coleta de dados. O hospital, cenário desse estudo atende pacientes adultos e infantil. Consta de serviço de pronto atendimento, alas de internação, maternidade e pediatria. Dispõem de centro cirúrgico integrado ao centro obstétrico.

Na instituição são realizadas aproximadamente de 30 a 40 cirurgias por mês, sendo com convênio SUS e pacientes da saúde suplementar. Englobam pequenas, médias e grandes cirurgias e são realizadas tanto em caráter de urgência como eletivas.

Entre as cirurgias particulares, a maioria são de cirurgia plástica, como abdominoplastia, colocação de implantes de mamas e outras. As cirurgias realizadas pelo SUS, são em grande parte ginecológicas e obstétricas, como cesáreas e histerectomias.

Até o momento, foram realizadas três visitas ao serviço e observadas cinco cirurgias. Entre elas uma histerectomia, duas mamoplastia de redução e duas abdominoplastias, sendo possível o levantamento de alguns dos indicadores do ROI, entre eles:

O indicador 1, coordenação/ supervisão, recebeu avaliação 3, uma vez que, o serviço conta com profissional responsável, legalmente habilitado, que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, formalmente designado.

Referente ao indicador 2, dimensionamento da equipe, obteve pontuação 2, por possuir equipe multiprofissional porém alguns profissionais atendem em mais de uma sala simultaneamente.

O número 5, medicamentos, alcançou avaliação 5 por haver dispensário de medicamentos para o centro cirúrgico com responsável legalmente habilitado. O número 6, equipamentos de proteção individual (EPI) foi avaliado com nota 3, pois, possui EPI's em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas, disponibilizando instruções de uso.

No número 7, vestimentas de cirurgia, a nota 3 foi obtida pelo serviço disponibilizar as vestimentas utilizadas no CC, utilização correta, compatível com a demanda e o serviço é responsável pelo processamento.

O indicador 8, lavabos cirúrgicos e degermação das mãos da equipe, a avaliação, foi avaliado como correspondente 3, por não haver relógio para auxiliar o tempo e não haver avaliação sistemática com correção.

No item 10, estrutura física, a avaliação atingiu nota 3, por não dispor de sala de guarda e preparo de anestésicos; área de indução anestésica, área de prescrição médica; copa; sala de espera para acompanhantes com sanitários.

No indicador número 19, armazenamento de materiais esterilizados e interface com centro de material e esterilização (CME), a nota correspondente foi 4,

havendo integrador químico que são analisados e anexados ao prontuário do paciente.

Os resultados apresentados ainda não são suficientes para o diagnóstico situacional e cálculo do risco da assistência cirúrgica, por tratar de resultados parciais. Após a finalização da coleta de dados, seguindo o Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI), os dados serão inseridos na planilha MARP e calculado o risco da assistência cirúrgica da instituição.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O risco potencial da instituição vai ser definido a partir dos 20 indicadores presentes no ROI e calculados pela MARP. Variando de aceitável, inaceitável, tolerável, a MARP permitirá estimar o risco do serviço ainda que o risco seja considerado aceitável ao final, a ferramenta permite apontar melhorias necessárias para qualificar ainda mais a assistência cirúrgica da instituição.

Os indicadores do ROI, abordam equipe, capacitação, normas e rotinas, medicamentos, equipamentos de proteção individual, lavagem das mãos, estrutura física, materiais e equipamentos e protocolos de cirurgia segura, permitindo uma análise global da qualidade do serviço.

Até o presente momento, os dados coletados permitem inferir que a instituição está em conformidade com as legislações vigentes em todos os indicadores analisados, sendo classificado o risco portanto, como aceitável. A conclusão final será alcançada pela coleta de todos os dados e utilização da planilha MARP.

Para avaliação da qualidade da assistência cirúrgica existem vários indicadores descritos por autores. Gama e Bohomol (2020) encontraram em seu estudo que a quantidade de cirurgias canceladas, infecção de sítio cirúrgico, ocupação de salas cirúrgicas por mês, adesão à lista de verificação de cirurgia segura, pacientes que receberam antibioticoprofilaxia no momento adequado, acidente de trabalho de profissionais de enfermagem, queda, absenteísmo de profissionais de enfermagem, lesão de pele e quantidade de cirurgias realizadas

sem programação prévia foram os principais indicadores gerenciados por enfermeiros atuantes em centros cirúrgicos.

Navarro e colaboradores (2019) aplicaram a ferramenta MARP/ROI nos Centros Cirúrgicos (CC), nas Centrais de Material Esterilizado (CME) e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os resultados encontrados apontaram que as UTI receberam os menores percentuais de risco aceitável, enquanto as CME apresentaram os menores percentuais. Em relação ao porte do hospital, os autores apontam que hospitais de maior porte obtêm risco potencial menor que os de médio e pequeno porte. A resposta para essa conclusão é levantada pelos próprios autores, que acreditam ser devido à diferença de investimento em recursos humanos e tecnológicos.

Neste sentido, espera-se que a interpretação dos dados deste estudo permita identificar um diagnóstico situacional inicial, capaz de nortear as propostas de melhorias e planejamento de ações, à luz das recomendações nacionais e internacionais, além de possibilitar identificar e fortalecer as ações já desenvolvidas com foco na segurança das cirurgias realizadas na Instituição.

6. Referências

TAGAWA, G. S. G. et al. Bioética: princípio que não pode ter fim. **Revista Bioética Cremego**, v. 2, n. 1, p. 51-54, 2020.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2012.

ALMEIDA N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro, 2008.

NAVARRO, M. V. T. et al. Avaliação do risco potencial: da teoria à prática em Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 9, n. 3, p. 32-39, 2021.

FREITAS, V. L. S. de M.; LEANDRO, K. C.; NAVARRO, M. V. T. O Olhar Do Benefício além do Risco: Construindo Um Novo Paradigma Em Vigilância Sanitária. **Rev Bras Fis Med**, v. 13, n. 1, p. 128-137, 2019.

WHO - World Health Organization. **Patient safety curriculum guide**: multi-professional edition. Geneva: WHO, 2011.

SCOTT K. W.; JHA A. K. Putting quality on the global health agenda. **N Engl J Med**, v. 371, n. 1, p. 3-5, 2014.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (UK). **Seven steps to patient safety: the full reference guide.** London: The Health Foundation, 2004.

GAMA Z. A. S. et al. Questionário AGRASS: Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 21, p. 1-15, 2020.

BRASIL. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Guia para aplicação do Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) em Centro Cirúrgico. Guia nº 47/2021 – versão 1. Março de 2021.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa – Brasil. 2020.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

AVELING, E; MCCULLOCH, P; DIXON-WOODS, M. Um estudo qualitativo comparando experiências da lista de verificação de segurança cirúrgica em hospitais de países de alta e baixa renda. **BMJ Open**, v. 3, n. 8, p. 1-10, 2013.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Manual de Cirurgia Segura.** Rio de Janeiro: Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2010.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013a. Seção 1, pt. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Cirurgia Segura.** Brasília, 2013b. Disponível em<<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.** Geneva: WHO, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The nine Patient safety solutions. Geneva: WHO, 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance For Patient Safety The Second Global Patient Safety Challenge Safe Surgery Saves Lives.** Geneva: WHO, 2008.

GAMA, B. P.; BOHOMOL, E. Medição da qualidade em centro cirúrgico: quais indicadores utilizamos?. **Rev. SOBECC**, v. 25, n. 3, p. 143-150, 2020.

Anexo A – Roteiro Objetivo de Inspeção: centro cirúrgico

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária				Roteiro Objetivo de Inspeção: Centro Cirúrgico						Documento: 2 Versão: 1.2 Data: Set/2020
				Unidade de Saúde:			Data:			
				Identificação:			Avaliador:			
				Contato:						
Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
1	Coordenação/Supervisão	NC		Não dispõe de profissional responsável legalmente habilitado.	Conta com profissional legalmente habilitado, porém não responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.	Conta com profissional responsável legalmente habilitado, que responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, porém não está formalmente designado.	Unidade funcional conta com profissional responsável, legalmente habilitado, que responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, formalmente designado.	Profissional responsável é exclusivo do setor.	Profissional responsável é exclusivo do setor e possui pós graduação na área.	Artigos 15 e 16 da RDC 63/2011
2	Dimensionamento da Equipe	NC		Equipe multiprofissional insuficiente para o perfil de atendimento e demanda.	Possui equipe multiprofissional, mas um único profissional médico atua como cirurgião e anestesista.	Possui equipe multiprofissional, porém o médico anestesista ou cirurgião atende em mais de uma sala, simultaneamente.	Possui equipe multiprofissional dimensionada conforme perfil de atendimento e demanda.	Existe plano de contingência para substituição de pessoal e equipes cirúrgicas em situações de necessidade do serviço.	Equipe multiprofissional com capacidade operacional superior ao atendimento da demanda.	Artigos 17, 29 e 30 da RDC 63/2011
3	Capacitação profissional	NC		Não há registro de capacitação.	Existem apenas alguns registros e/ou não realizam capacitações permanentes para todos os profissionais.	Existe registro das capacitações realizadas de forma permanente, porém com dados incompletos e/ou não são abordados todos os temas.	Existe registro das capacitações realizadas periodicamente, contemplando programa com conteúdo mínimo sobre normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI, EPC e vestimentas de trabalho, prevenção de acidentes e incidentes, temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional. Nos registros constam carga horária, datas, profissionais capacitados, instrutores, etc.	Existe planejamento das capacitações e há registro avaliação percentual de treinados.	A capacitação dos inclui incentivo (financeiro ou não) da organização para participação em eventos científicos da área.	Artigos 32 e 33 da RDC 63/2011
4	Padronização de Normas e Rotinas dos Procedimentos Assistenciais	NC		Não dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas estão em elaboração ou diferem da prática realizada ou não estão disponíveis para a equipe.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas de todos os processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe, porém não estão atualizadas e/ou estão sem aprovação.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas, atualizadas e aprovadas de todos os processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas são revisados sistematicamente a cada introdução de nova tecnologia no setor com registro de divulgação e treinamento dos profissionais.	Existe auditoria interna para verificação do cumprimento das normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Artigos 7º Inciso II alínea "d", 23 Inciso XVIII e 51 da RDC 63/2011
5	Medicamentos	NC		Medicamentos estão fora do prazo de validade.	Medicamentos estão organizados e dentro da validade, mas o dispensário de medicamentos está acessível a qualquer profissional sem nenhum controle de acesso, ou não há controle na dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial e não há normas, rotinas ou procedimentos técnicos padronizados para rastreabilidade dos medicamentos no dispensário de medicamentos.	Medicamentos e produtos estão organizados, dentro da validade e existe controle de acesso ao dispensário de medicamentos, mas não há controle na dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial e não há normas, rotinas ou procedimentos técnicos padronizados para rastreabilidade dos medicamentos no dispensário de medicamentos.	O dispensário do Centro Cirúrgico possui normas, rotinas ou procedimentos técnicos padronizados que tratam da rastreabilidade dos medicamentos. Medicamentos estão dentro do prazo de validade e são armazenados de forma organizada. Os medicamentos sujeitos a controle especial são armazenados em local com chave e/ou dispositivo de segurança, em local exclusivo.	Possui protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica e/ou o controle dos medicamentos (validade, armazenamento, quantidade, etc) é realizado com periodicidade estabelecida.	O dispensário (setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente) de medicamentos para o Centro Cirúrgico está sob a responsabilidade técnica de profissional legalmente habilitado.	Art. 10 inciso XVIII da Lei 6.437/1977; Art 4º inciso XIV, Art 6º item d e Art. 37 da lei 5.991/1973; Artigos 21 e 53 da RDC 63/2011, e Artigos 56, 64, 65, 67 e § 6º do Art. 35 da Portaria 344/1998; Art. 58 da RDC 63/2011; Art 4 inciso XXI, Art. 6º, Art. 16 e inciso III do art. 3º da RDC 2/2010

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
6	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	C		Não possui ou não utiliza EPI.	EPI's incompletos ou em quantidade insuficiente e/ou impróprios para o uso ou profissionais deixam o local de trabalho com os EPI's.	Possui EPI's em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas, mas não utilizam conforme estabelecido em POP e/ou instrução do fabricante.	Possui EPI's em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas, disponibilizando instruções de uso. Profissionais não deixam o local de trabalho usando os EPI's.	Existe Plano de Gerenciamento e substituição dos EPI's.	Aquisição de EPI's é feita levando em consideração as características individuais dos trabalhadores (tamanho, peso, altura, alergias, etc) envolvidos na assistência.	Artigos 33 Inciso IV, 47 e 50 inciso II da RDC 63/2011
7	Vestimentas da Equipe Cirúrgica	C		Ausência de vestimenta cirúrgica e/ou o serviço não é responsável pelo processamento das vestimentas.	Vestimentas cirúrgicas não são utilizadas por todos os profissionais da equipe e/ou profissionais deixam o CC com a paramentação e/ou parte da vestimenta, não é processada pelo serviço de saúde.	Serviço de saúde fornece vestimentas utilizadas no CC e a equipe cirúrgica utiliza de modo adequado. Quantidade é insuficiente para a demanda, sendo o serviço responsável pelo processamento.	Serviço de saúde fornece vestimentas utilizadas no CC e a equipe cirúrgica utiliza de modo adequado, disponibilizando vestimenta em quantidade compatível com a demanda, sendo o serviço responsável pelo processamento.	A paramentação cirúrgica é avaliada e ações de conformidade são adotadas e registradas. O serviço de saúde proíbe o uso de adornos e os profissionais cumprem.	A aquisição da paramentação é feita levando em consideração as características individuais dos trabalhadores (tamanho, peso, altura, alergias, etc).	Artigos 17 e 46 caput e §2º da RDC 63/2011
8	Lavabos Cirúrgicos e Degermação das Mãos da Equipe	C		Ausência de lavabos cirúrgicos ou produtos degermantes e à base de álcool para preparo pré-operatório não são regularizados junto à Anvisa.	A quantidade ou a profundidade de lavabos cirúrgicos não atende aos regulamentos ou não são exclusivos para o preparo cirúrgico das mãos e antebraços ou lavabos cirúrgicos e dispensadores de degermante e produto à base de álcool com defeito ou falta de produtos e insumos.	A quantidade de lavabos cirúrgicos atende aos regulamentos, porém estão distantes das salas de operação ou possuem torneiras manuais, sem comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água, ou do tipo de pressão com temporizador ou com torneiras em quantidade inferior ao preconizado pela RDC 50/2002.	Existe área de preparo pré-operatório das mãos e antebraços, com lavabos exclusivos, próximos as salas de operação, com torneiras em quantidade preconizada ou comandos que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Há degermantes, insumos e recursos para secagem das mãos. Os produtos degermantes ou à base de álcool são regularizados na ANVISA.	Há relógio para auxiliar o tempo de cada técnica e há registro de capacitação sobre preparo pré-operatório das mãos.	Este procedimento é sistematicamente avaliado e ações de conformidade, além das medidas corretivas, são adotadas e registradas.	Art. 8º, inciso IV e Art. 59 da RDC 63/2011, Item 4.6.3 da Unidade Funcional 4, Parte II da RDC 50/2002, e subitem b.4 do Item 6.2 da parte III da RDC 50/2002

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
9	Higienização das Mãos (HM)	C		O Protocolo de Prática de higiene das mãos (HM) não está implantado na unidade e não existem insumos, produtos, equipamentos e instalações (ex.: pia/lavatórios) necessárias para as práticas de HM ou os produtos para HM não são regularizados junto à ANVISA.	O protocolo de Prática de HM está desatualizado ou não está disponível na unidade. Os lavatórios/pias e/ou a distribuição de dispensadores contendo preparação alcoólica não estão disponíveis em todos os locais ou estão com defeito/falta de produtos/insumos para HM.	A unidade atende ao estabelecido na legislação exceto por não possuir registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo.	Protocolo de Prática de HM atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo os "cinco momentos" para HM. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo e existem cartazes afixados próximos a lavatórios/pias e dispensadores de preparação alcoólica mostrando as técnicas de HM. Há provisão de produto para HM, disponibilizado próximo a pacientes, nos locais de manuseio de insumos, medicamentos e alimentos. Há provisão de antisséptico para uso em caso de contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos e dispensadores de preparação alcoólica para HM nos pontos de assistência. Produtos para HM são regularizados na ANVISA.	Os indicadores de "Adesão à higiene das mãos" são monitorados na unidade de forma indireta pelo consumo da preparação alcoólica; e é realizada notificação mensal (10 a 12 meses) à Anvisa e ao estado/DF. Participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	A unidade possui registro de monitoramento direto da "Adesão à higiene das mãos"; implanta, avalia e faz a devolutiva dos resultados obtidos com a aplicação da Estratégia Multimodal para a melhoria da HM e existem registros de avaliação sistemática da estratégia, medidas corretivas são registradas. Disponibiliza orientação sobre HM aos pacientes e familiares.	Artigos 5º e 6º da RDC 42/2010, Art. 8º e art. 59 da RDC 63/2011, Art. 1º e anexo 1 da Portaria Federal 1.377/13 e anexo V da Portaria 2.616/1998, Art. 46 da RDC 07/2010, Art. 8 da RDC 36/2013

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
10	Estrutura Física	NC		Em área exclusiva, porém o acesso não é restrito.	Em área não exclusiva, mas com acesso restrito.	Possui área exclusiva, porém, não apresenta todos os ambientes estabelecidas em legislação.	Área exclusiva, com acesso restrito. Ambientes: recepção de paciente; área de escovação; salas de cirurgias (pequeno, médio e grande porte); posto de enfermagem; área de recuperação anestésica. Ambientes de apoio: sala de utilidades; banheiros c/ vestiários p/ funcionários (barreira); sala administrativa; laboratório p/ processamento de radiografias ("in loco" ou não); sala de preparo de equipamentos/material; dep. de equipamentos e materiais; sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não).	Além dos ambientes descritos no item anterior, dispõe de sala de guarda e preparo de anestésicos; área de indução anestésica, área de prescrição médica; copa; sala de espera p/ acompanhantes c/ sanitários (anexa à unidade); sala de estar p/ funcionários; área p/ guarda de macas e cadeira de rodas; área de biópsia de congelamento.	Possui sala destinada a guarda de equipamentos para reserva técnica e/ou possui controles de acesso automático nos ambientes.	Unidade Funcional 4, itens 4.6, 4.6.1, 4.6.2, 4.6.3, 4.6.4, 4.6.5, 4.6.6, 4.6.7, 4.6.8, 4.6.9 da RDC 50/2002 e Art. 21 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
11	Manutenção da Estrutura Física	C		Maior parte da estrutura física apresenta-se degradada, incluindo salas cirúrgicas e salas de arsenal ou guarda de materiais esterilizados. e/ou não há registro de manutenção.	A maior parte da estrutura física apresenta-se íntegra, porém áreas críticas como sala cirúrgica e/ou sala de guarda de materiais esterilizados apresentam sinais de degradação ou avarias. Apresentaram registro de manutenções corretivas.	A maior parte da estrutura física encontra-se íntegra, incluindo sala cirúrgica e sala de guarda de materiais esterilizados, porém outras áreas apresentam algum sinal de avaria ou degradação. E/ou não há registro de manutenções preventivas, apenas das manutenções corretivas.	Apresenta estrutura física em boas condições, com superfícies íntegras e sem avarias. Realiza ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada e existem registros.	Existe um checklist para avaliar sistematicamente as condições da estrutura física.	Possui plano de manutenção predial preventiva e corretiva, atualizado periodicamente.	Artigos 23 Inciso VII e 42 da RDC 63/2011
12	Iluminação	C		Ambiente com algumas áreas sem iluminação.	Iluminação precária que dificulta a realização das atividades.	Iluminação adequada em algumas salas cirúrgicas.	O serviço de saúde possui iluminação compatíveis com o desenvolvimento das atividades.	Iluminação compatível com o desenvolvimento das atividades, com controle de intensidade.	Existe um programa de gerenciamento das condições de iluminação do setor com registro de análise de problemas e ações de melhorias adotadas.	Art. 38 da RDC 63/2011
13	Sistema Elétrico de Emergência	C		Não dispõe de sistema de energia elétrica de emergência que atenda ao centro cirúrgico ou não está em funcionamento.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, mas está em manutenção, não atendendo ao centro cirúrgico de forma eficaz e/ou suficiente para sua capacidade.	Dispõe de sistema de energia elétrica de emergência, porém não realiza testes para confirmação de funcionamento do gerador.	O serviço de saúde garante a continuidade do fornecimento de energia elétrica em situações de interrupção do fornecimento pela concessionária, por meio de sistema de energia elétrica de emergência.	O sistema de energia elétrica de emergência atende todo o hospital e há registros dos testes de funcionamento.	O sistema de energia elétrica de emergência atende todo o hospital e há registros dos testes de funcionamento diário.	Art. 41 da RDC 63/2011

Nº	Indicador	CrH	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
14	Climatização	C		Não existe sistema de climatização artificial.	Existe sistema de climatização artificial, porém visivelmente em más condições de limpeza, manutenção, operação e controle e/ou sistema inadequado (ar condicionado de parede).	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, porém sem os devidos registros e/ou não existe controle da qualidade do ar conforme normas regulamentadoras e/ou sem um responsável técnico habilitado (quando capacidade acima de 60.000 BTU) e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle com registro. Existe controle da qualidade do ar interno seguindo normas regulamentadoras e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC). Para sistemas com capacidade acima de 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/H), dispõe de responsável técnico habilitado. Existe relatório técnico comprovando: sala de cirurgia com temperatura de 18 a 22°C, unidade relativa de 45 a 55%, vazão mínima de ar 75 m ³ /h/m ² , pressão positiva e filtragem mínima G3+F8, e na área de recuperação pós-anestésica com temperatura de 21 a 24°C, unidade relativa de 40 a 60%, vazão mínima de ar 18 m ³ /h/m ² , pressão positiva e filtragem mínima G4.	Mantém PMOC atualizado e cumpre as atividades estipuladas dentro da periodicidade estabelecida, bem como as recomendações a serem adotadas em situações de falha do equipamento e de emergência com os devidos registros.	Existe um programa de gerenciamento das condições de climatização do setor, com relatórios de análise técnica com registro de análise de problemas e ações de melhorias adotadas.	Art. 35 da RDC 63/2011, Itens 7.5 e 7.5.1 da Parte III da RDC 50/2002, Artigos 5º, 6º e anexo da Portaria 3523/1998, ABNT/NBR-7256:2005; Art. 1º da Lei 13.589/2018

Nº	Indicador	CrH	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
15	Equipamentos e Materiais das Salas Cirúrgicas	C		Não dispõe de equipamentos e materiais para atendimento à demanda.	Equipamentos e materiais não são exclusivos do setor, podem apresentar falta de alguns materiais, mas não impossibilita a realização da cirurgia.	Possui todos os equipamentos e materiais, mas em quantidade insuficiente para a demanda cirúrgica.	O serviço possui materiais e equipamentos conforme o perfil da demanda. Cada sala cirúrgica dispõe de: mesa cirúrgica c/ comandos de posições na cabeceira ou mesa própria p/ a especialidade cirúrgica; mesas auxiliares p/ o instrumental; mesa p/ o anestesista; aparelhos de anestesia, respiradores, foco cirúrgico, bisturi elétrico; suportes de soro, monitores, pontos para oxigênio e vácuo centralizado, ar comprimido medicinal e baldes para resíduo.	Equipamentos e materiais do Centro Cirúrgico constam da lista de inventário da unidade, são avaliados sistematicamente.	Existe um sistema de gerenciamento e substituição dos equipamentos e materiais.	Artigos 17, 53 e 55 da RDC 63/2011
16	Equipamentos e Materiais-Sala de Recuperação Anestésica	C		Não dispõe de equipamentos e materiais para atendimento à demanda.	Os equipamentos e materiais não são exclusivos do setor ou apresentam falta de equipamentos, porém, não essenciais.	Possui todos os equipamentos e materiais, mas em quantidade insuficiente para a demanda cirúrgica.	Possui materiais e equipamentos de acordo com a complexidade e o perfil da demanda, regularizados junto à ANVISA. Possui: equipamento p/ monitorização de sinais vitais, oximetria de pulso; cama com grade; central de O ₂ , carrinho de emergência, ar comprimido medicinal e vácuo.	Equipamentos e materiais constam da lista de inventário da unidade, são avaliados sistematicamente.	Existe um sistema de gerenciamento e substituição dos equipamentos e materiais.	Artigos 17, 53, 55 e 58 da RDC 63/2011 e Art. 12 da Resolução 6360/1976

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
17	Manutenção de Equipamentos	NC		Não realiza manutenção.	As manutenções não são realizadas em todos os equipamentos, ou realiza apenas manutenções corretivas e não há calendário para manutenção preventivas.	Realiza manutenções preventivas e corretivas, mas os registros estão incompletos.	O serviço de saúde realiza manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos e instrumentos, e mantém os registros.	Planejamento com calendário de manutenção e registros informatizados e/ou participam de Comissão de Tecnovigilância.	Existe um sistema de gerenciamento dos equipamentos do setor coordenado por profissional legalmente habilitado.	Art. 23 Inciso IX da RDC 63/2011
18	Limpeza e Desinfecção do Ambiente e dos Equipamentos	C		Ambiente sujo e desorganizado, incompatível com as atividades desenvolvidas e/ou utilizam produtos saneantes de uso domiciliar ou sem registro na ANVISA.	Ambientes em boas condições de conservação, organização, porém com limpeza inadequada e difere do POP.	Ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Não há registros de limpeza.	O setor mantém os ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Os registros estão disponíveis. Utiliza produtos saneantes de uso profissional/hospitalar registrados na ANVISA.	Existe supervisão da limpeza e desinfecção com mapa cirúrgico que contempla horários de limpeza nos intervalos.	Existe monitoramento dos procedimentos de limpeza e desinfecção, de acordo com orientação da CCIH.	Artigos 23 Inciso XVIII, 36 e 52 da RDC 63/2011 e Item 13.1 do Roteiro B do Anexo da RDC 48/2000

Nº	Indicador	Crit	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
19	Armazenamento de Materiais Esterilizados e Interface com Centro de Material e Esterilização (CME)	C		Materiais chegam da CME em más condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade e/ou existem produtos não registrados como produtos para saúde (ex. furadeiras) e/ou reutilizam produtos com reprocessamento proibido e/ou com reprocessamento inadequado.	Não existem registros que garantem a rastreabilidade e/ou os materiais não atendem a complexidade do serviço e/ou local de armazenamento não é adequado, exclusivo e de acesso restrito.	Materiais chegam da CME em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade, porém na abertura dos pacotes são evidenciadas não conformidades, falhas nas boas práticas de reprocessamento. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito, porém as prateleiras não estão de acordo, são de material poroso e/ou não resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes.	Materiais chegam da CME em boas condições de empacotamento, identificação e rastreabilidade. Existem registros que garantem a rastreabilidade. Contam com quantitativo de material de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento da demanda. Local de armazenamento exclusivo e de acesso restrito com prateleiras de material não poroso, resistente à limpeza úmida e ao uso de produtos saneantes (quando armazenados no setor).	Cada caixa cirúrgica possui um integrador químico (classe 5 ou 6), que são analisados antes da utilização dos instrumentais nos procedimentos cirúrgicos. As etiquetas dos pacotes e os integradores analisados são anexados ao prontuário do paciente de forma a garantir a rastreabilidade.	Existe auditoria interna para verificação das condições de armazenamento e integridade dos pacotes, bem como dos registros realizados para rastreabilidade e cumprimento das normas estabelecidas e medidas corretivas são adotadas e registradas.	Artigos 17, 53 e 55 da RDC 63/2011, Artigos 25, 60 e 61 da RDC 15/2012, Art. 8º da RDC 156/2006/ANVISA, RE 2605/06/ANVISA

20	Protocolo para Cirurgia Segura	NC		O Protocolo para Cirurgia Segura não está implantado na unidade.	Há Protocolo para Cirurgia Segura, mas está desatualizado ou não está disponível na unidade ou falta alguma das três etapas da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) ou checklist de cirurgia segura.	Há Protocolo para Cirurgia Segura, atualizado e disponível na unidade, contendo todas as três etapas, mas não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo.	Protocolo para cirurgia segura atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo orientação para aplicação do checklist de cirurgia segura em três momentos, atendendo a todos os itens de segurança cirúrgica nas etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia. E há registro de capacitação dos profissionais de saúde da unidade (todos os turnos) sobre o protocolo. Os eventos adversos relacionados aos erros cirúrgicos e os óbitos decorrentes destes eventos são notificados internamente ao NSP e externamente, ao SNVS.	O checklist de cirurgia segura completamente preenchido, para todas as cirurgias eletivas realizadas, consta nos prontuários dos pacientes e o indicador "Adeção ao checklist de cirurgia segura" é minuciosamente monitorado na unidade, com devolução dos resultados obtidos e há registro de notificação, entre outros, de never events relacionados a procedimentos cirúrgicos.	Participa anualmente da avaliação das práticas de segurança do paciente, registra eventos adversos nos prontuários e notifica eventos adversos relacionados aos erros cirúrgicos, óbitos e never events ao NSP da instituição, com posterior notificação ao SNVS. Investiga eventos adversos relacionados aos erros cirúrgicos, sendo as medidas preventivas/corretivas adotadas e registradas. Disponibiliza orientação sobre prevenção de erros cirúrgicos aos pacientes e familiares.	Art. 1º e anexo III da Portaria Federal 1.377/2013 e Art. 8º, Art. 9º, Art. 10 e Parágrafo Único da RDC 36/2013
----	--------------------------------	----	--	--	---	--	---	---	--	---

**DOSAGEM DE VITAMINA D E CÁLCIO SÉRICO EM ESTUDANTES DE
MEDICINA DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO PÚBLICO-PRIVADA DE FRANCA-
SP**

Matheus de Sousa Estevam
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
matheus96estevam@gmail.com

Dra. Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
Doutora em Biociências - USP
Docente dos cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem - Uni-FACEF
vivianeesperandim@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A hipovitaminose D é um problema de saúde mundial, apresentando uma elevada prevalência em populações específicas. Esta problemática apresenta como uma de suas principais implicações alterações no metabolismo do cálcio. As fontes alimentares de vitamina D são escassas e os seres humanos dependem principalmente de sua síntese cutânea, a partir da exposição à radiação ultravioleta B (UVB). O seu precursor, 7-de-hidrocolesterol (7-DHC) é convertido em pré-colecalciferol após a exposição à radiação UVB. A partir deste, segue-se uma isomerização que o converte em colecalciferol, o qual é transportado para o fígado pela proteína ligadora da vitamina D (DPB). No fígado, ocorre uma hidroxilação do carbono 25 pela enzima CYP27B1 com a formação de 25 hidroxivitamina D (25 (OH) D). Transportada para os rins pela DPB e convertida em 1,25 diidroxi-vitamina D

(1,25(OH)₂D). O metabólito mais ativo e o responsável por estimular a absorção de cálcio pelo intestino (MAEDA et al., 2014).

O papel da vitamina D no metabolismo do cálcio está relacionado à absorção intestinal deste mineral, através do aumento da síntese das proteínas TRPV6 e calbindina D9K. O cálcio está envolvido em muitas atividades corporais, por exemplo, diferenciação celular, ativação enzimática, respostas neuronais e imunológicas. Contudo, suas funções mais conhecidas são a contração muscular e a manutenção da integridade esquelética (CAPOZZI; SCAMBIA; LELLO, 2020).

A hipovitaminose D é muito prevalente no Brasil, já que suas fontes alimentares são escassas, deixando os indivíduos dependentes principalmente da síntese cutânea. Seus níveis séricos são dependentes de inúmeros fatores. Dentre eles, a eficácia da síntese do precursor da vitamina D na pele, sua absorção nas fontes dietéticas, a conversão da 25 (OH) D em 1,25 (OH) 2D, seu transporte e sua degradação (MAEDA et al., 2014).

Níveis séricos de vitamina D entre 75 – 125 nmol/l são considerados a faixa normal para indivíduos saudáveis, sendo que níveis entre 75 – 80 n/mol/l já são suficientes para o controle do PTH e para maximizar a absorção de cálcio e a densidade mineral óssea (KHAMMISSA et al., 2018).

Em relação ao cálcio, o teor e sua biodisponibilidade variam muito nos diversos alimentos, sendo que um grande número de fatores influencia no aproveitamento do elemento presente nas refeições. O leite de vaca e seus derivados são considerados as fontes mais ricas e com maior biodisponibilidade desse mineral (BUZINARO; ALMEIDA; MAZETO, 2006).

Valores considerados normais de Cálcio total em indivíduos saudáveis são entre 8,6 e 8,8 mg/dl para o limite inferior, e 10,2 e 10,3 mg/dl para o limite superior (VIEIRA, 2007).

A deficiência de vitamina D em estudantes de medicina é encontrada, de maneira significativa, nessa população (SILVA et al., 2020). Visto que se expõem a vários fatores que influenciam negativamente na sua síntese. Os mais relevantes são: escassa exposição a luz solar, inatividade física e obesidade. Em um estudo do perfil epidemiológico relacionado à hipovitaminose D, feito em uma faculdade de medicina do estado do Pará (UEPA), foi observada uma prevalência da mesma de

25,64 % nos alunos estudados. Um valor bastante relevante, visto a faixa etária dessa população. E que pode representar a longo prazo um fator de risco importante para o desenvolvimento de diversas patologias ósseas e metabólicas (SILVA et al., 2020).

A vitamina D possui uma grande relevância na fisiologia óssea, sendo importante para a obtenção de um pico de massa óssea adequado, e para a prevenção de fraturas em jovens. Contudo, tomando-se por base que o gene codificador do receptor da vitamina D regula cerca de 3% do genoma humano, incluindo genes importantes para o metabolismo glicídico, lipídico e a pressão arterial, sugere-se que a deficiência de 25 (OH) D contribui para a patogênese da síndrome metabólica (SM). Além disso, a 25 (OH) D possui funções importantes na regulação do sistema imune. Fato confirmado pela maior prevalência de hipovitaminose D em doenças autoimunes como: doença de Crohn, diabetes mellitus I, artrite reumatóide, lúpus e esclerose múltipla. E também maior prevalência em alguns tipos de câncer (LEÃO; TAVARES; SILVA JUNIOR, 2013).

Ao analisar fatores que colaboram para a deficiência da vitamina D, nos estudantes de medicina, os dados não são positivos. Os níveis de atividade física em estudantes de medicina em Fortaleza – CE foram observados em uma amostra de 840 alunos, 409 do sexo masculino e 431 do feminino, na faixa etária de 17 a 33 anos, escolhidos de forma aleatória. O resultado do presente estudo evidenciou que a maioria dos estudantes, 72,6%, foram classificados como sedentários ou insuficientemente ativos. Fato que colabora positivamente para a deficiência vitamínica e aumenta consideravelmente os riscos dessa população (CASTRO JÚNIOR et al., 2013).

Um outro fator de risco importante para a hipovitaminose D é a obesidade. O mesmo possui como uma de suas principais causas a inatividade física afetando significativamente de duas formas a deficiência vitamínica. Em uma revisão bibliográfica foram selecionados 31 estudos, dos quais 25 foram realizados com estudantes de medicina, cinco com médicos residentes e um com ambas as populações. Dezesesseis estudos retrataram altas prevalências de sobrepeso e obesidade com taxas variando de 15% a 83% (MOTA et al., 2012).

Ao relacionar a hipovitaminose D e indivíduos obesos foi observado que mesmo os indivíduos obesos expostos a fatores protetores como a exposição à

radiação UVB e suplementação oral. Ainda apresentaram menores níveis séricos quando comparados a populações não obesas. Fato que confirma a íntima relação entre a obesidade com a deficiência de vitamina D (SCHMIDT, 2015).

2. OBJETIVOS

Avaliar os níveis de vitamina D e cálcio nos estudantes de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), além de relacionar os hábitos de vida aos valores observados no estudo.

3. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema. A partir dos dados obtidos nessa revisão será realizado um estudo retrospectivo que tem por objetivo avaliar através de análises laboratoriais a hipovitaminose D e o cálcio sérico nos estudantes de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca.

Constitui-se de um estudo de prevalência (transversal), observacional de caráter quantitativo.

Com a aprovação do comitê de ética e pesquisa (COMEP) do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) os participantes foram convidados, por meio de convites feitos pelos pesquisadores em sala de aula.

A partir da apresentação dos voluntários será realizada a dosagem de cálcio e vitamina D nos participantes. Após a coleta, as amostras serão processadas e centrifugadas e congeladas. A seguir, alíquotas de 1mL de soro serão separadas para a realização das dosagens bioquímicas. Na avaliação dos parâmetros bioquímicos, empregaram-se kits comerciais, Labtest Diagnóstica S/A® (Minas Gerais, Brasil), com técnicas padronizadas, baseadas em métodos enzimáticos e colorimétricos, por espectrofotometria, segundo as recomendações do fabricante.

Os dados relativos aos hábitos exposição ao sol, prática de atividade física e alimentação serão coletados mediante questionário autopreenchido. Medidas antropométricas como peso e altura serão mensuradas no momento da coleta de sangue.

Para a análise estatística será utilizada a mediana das variáveis e o teste de Mann-Whitney. Na associação entre as médias dos níveis séricos de vitamina D e cálcio com as variáveis relacionadas aos hábitos alimentares e aos dados antropométricos (peso e altura) com dados de referências sugeridas pela NCEP-ATPIII. Ainda, será utilizada a análise de variância anova e, em seguida, teste de Tukey. Para todos os cruzamentos serão considerados significantes aqueles cujo valor p fosse inferior a 0,05.

4. DISCUSSÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia a hipovitaminose D pode acometer até 90% dos indivíduos, dependendo da população estudada. Dessa maneira, ao analisar os hábitos de vida dos estudantes de medicina. Incluindo a baixa prática esportiva e também a realização de uma alimentação pouco nutritiva. Coloca-se essa população como uma população de risco para alta prevalência de hipovitaminose D. Além disso, essa patologia está relacionada a diversas comorbidades, como a osteomalácia, hiperparatiroidismo secundário, osteopenia, osteoporose e a fraqueza muscular. Uma população universitária se encontra em uma transição para a fase adulta ou no início da mesma. Podendo iniciar nessa fase a criar uma série de fatores de riscos relacionados à falta de exposição solar e a má alimentação para o desenvolvimento de hipovitaminose D e conseqüentemente, abrindo caminho para uma série de patologias na vida adulta. (MAEDA et al., 2014).

Além dessas patologias citadas anteriormente, segundo Nutrition Research a deficiência de cálcio e vitamina D está associada a patologias crônicas como a obesidade. A deposição de cálcio intracelular é considerada um fator chave para tal problemática. Seus mecanismos incluem a ingestão inadequada de cálcio e produção insuficiente de vitamina D que elevam os níveis séricos de paratormônio (PTH). A elevação de PTH sérico aumenta a expressão de genes associados a lipogênese e reduz genes associados a lipólise. Favorecendo a obesidade. A partir disso, pode-se observar a íntima relação entre cálcio e vitamina D e como ambas podem associar de maneira negativa quando presente sua deficiência na gênese de patologias crônicas como a obesidade. (PARK; KANG; SOL KIM, 2019).

A vitamina D atua de maneira direta em células B-pancreáticas auxiliando a secreção de insulina. Ainda assim, atua como reguladora do fluxo de cálcio que pode em momentos de baixa concentração desse mineral levar a resistência a ação da insulina. Além disso, contribui para o aumento da inflamação crônica, contribuindo para apoptose das células b-pancreáticas. A partir dessas questões levantadas a hipovitaminose D se apresenta não somente como um fator de risco para doença osteometabólicas, mas também para doenças de fundo crônico e metabólico como a diabetes (LIMA et. al. 2013).

Contudo, é importante ressaltar que a produção de vitamina D via cutânea está intimamente relacionada a fatores exógenos e endógenos. A estação do ano, hora de exposição solar, idade do indivíduo, tipo de pele, uso de protetor, tabagismo. São todos fatores que prejudicam a conversão do 7-de-hidrocolesterol em pré-colecalciferol. Além disso, fatores inerentes de cada indivíduo como o uso de determinadas medicações podem influenciar em sua síntese. O uso de antirretrovirais, glicocorticoides e anticonvulsivantes são capazes de aumentar a atividade enzimática do citocromo P-450 no fígado e provocar o catabolismo da vitamina D. É possível observar o grau de possibilidades que podem causar uma hipovitaminose. Essa problemática, não é dependente apenas de fatores individuais, e incluem além destes, fatores ambientais que possuem impacto direto em seus níveis séricos (CÂNDIDO, 2020).

O estilo de vida moderno pode ser um fator importante na gênese da hipovitaminose D. Medidas que priorizam o conforto humano, como: usar veículos fechados, prática de exercícios em ambientes fechado e a utilização abundante de produtos cosméticos na pele. Contribuem diretamente para comprometer a homeostasia corporal e possibilitar o surgimento de deficiências ou insuficiências de vitamina D no organismo. Dessa maneira, ao relacionar esses fatos a população alvo do estudo, pode-se observar que são todas questões presentes no cotidiano dos estudantes. De maneira que, o risco para hipovitaminose D se eleve. No entanto, o conhecimento desses fatores e a possibilidade de atuar ativamente para melhorar o estilo de vida. Pode se apresentar como uma intervenção relevante e eficiente para resolução dessa problemática (CÂNDIDO, 2020).

Além disso, no que se refere a alimentação dessa população. Observa-se um elevado consumo de alimentos ultra processados em sua dieta padrão.

Geralmente, a concentração de vitaminas, como a vitamina D nesses alimentos chegam a ser 2 vezes menores, quando comparados aos minimamente processados. Desta maneira, ao considerar a rotina agitada de um estudante de medicina, a facilidade que os alimentos ultra processados oferecem, em relação a economia de tempo, pode ser muito atrativa para os mesmos. Contudo, as consequências desse consumo a longo prazo podem trazer consigo problemáticas muito mais severas relacionadas a hipovitaminose D nesses indivíduos (LOUZADA et al., 2015)

Um estudo realizado com 533 participantes demonstrou maiores níveis sérios de vitamina D em indivíduos que praticavam atividade física. Ainda assim, essa análise se acentuava quando a prática se associava com o fato de estar ao ar livre e com exposição solar. Dessa maneira, evidencia-se a importância do exercício e como o mesmo pode ser potencializado, quando se pensa em níveis séricos de vitamina D, ao ser praticado com exposição solar. Contudo, deve ser realizado com cautela e orientação. Visto que, a exposição solar prolongada e sem proteção adequando pode acarretar outras patologias ao indivíduo (ROLIZOLA et al., 2022).

No Brasil, ao se referir a dieta habitual do cidadão. A ingesta diária de vitamina D em homens e mulheres acima de 40 anos e de 1,81 µg/dia. Um valor que apresenta relativa discrepância. Quando comparado o mesmo aos valores recomendados de 5-15 µg/dia. No que se refere a população estudada. Ao associar dados anteriores da ingesta de alimentos processados. É observado um risco ainda maior de pessoas jovens apresentar uma ingesta diária mais pobre e deficitária em vitamina D. (DAMASCENO et al., 2015).

O Brasil se apresenta como um país com alta prevalência de hipovitaminose D em sua população, cerca de 77% da população apresenta com seus níveis séricos abaixo de 20 ng/ml. Quando visualizado de maneira global o País se apresenta como uma prevalência muito acentuado quando comparados a países como Austrália (31%); Espanha (34%); Suíça (38%). Essa comparação se mostra relevante devido a todos fatores que facilitariam a população brasileira a apresentar baixos índices de hipovitaminose D. O Brasil é um país tropical, com abundância de alimentos ricos em vitamina D, mas mesmo com esses fatores os seus valores exacerbam o esperado. Ao olhar para populações com idades específicas os adultos jovens, que em sua maioria são os universitários, possuem

uma prevalência que pode chegar a 58%. Evidenciando o alto risco para hipovitaminose D dentre das universidades brasileiras (FELTRIN et al., 2019).

Segundo uma pesquisa realizada com um grupo de 210 pacientes foi observado uma prevalência de hipovitaminose D em 70% dessa população. Tal pesquisa foi realizada em indivíduos com 35 anos ou mais. Dessa maneira, fica evidente a discrepância entre aqueles que possuem as taxas adequadas de vitamina D e aqueles com deficiência. (RONCHI, 2012). Contudo a população estudada é uma população mais velha do que o alvo da pesquisa. Dessa forma, fica evidente a necessidade de dados estatísticos em todas as faixas etárias para uma comparação e atuação nos fatores de risco que levaram essa população mais velha a chegar em níveis baixos de vitamina D. Ao conseguir identificar os fatores de risco precocemente em populações jovens torna-se possível a atuação direta em prevenção para redução dessa prevalência e melhora na qualidade de vida e redução das consequências da hipovitaminose D.

5. RESULTADOS ESPERADOS

A partir dos dados observados na bibliografia foi possível observar que aspectos como a hipovitaminose D e a hipocalcemia são fatores importantes na gênese de várias patologias. Dessa maneira, realizar o estudo das suas causas e identificar as mesmas são de suma importância para o desenvolvimento de intervenções e também para a própria conscientização dos estudantes de medicina para o fato de que a sua rotina pode influenciar diretamente e negativamente em sua saúde.

Além disso, considerando que a maioria dos estudantes são pessoas jovens o potencial para atuar nesses fatores de risco e criar projetos de intervenção pela própria instituição ou até mesmo por grupos de alunos é imenso. Aproveitando o momento ideal, visto que ao envelhecer e carregar durante o envelhecimento essas problemáticas podem ser desenvolvidas patologias de cunho crônico. Restando apenas o seu controle, mas não conseguindo mais atuar em sua causa base.

6. CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

A partir da análise dos resultados que serão coletados neste estudo são esperados achados que fortaleçam a hipótese de que a rotina vivenciada pelos estudantes de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) influenciam negativamente em aspectos de sua saúde, como os níveis séricos de vitamina D e cálcio.

Ainda assim, é esperada a existência de íntimas correlações com o estilo de vida de cada estudante e os achados laboratoriais nos mesmos. Fortalecendo a hipótese de que a vida sedentária ou a má alimentação são os principais responsáveis pela problemática abordada na pesquisa.

Para fortalecer esse achado, espera-se que estudantes com um estilo de vida equilibrado entre a prática de atividades físicas ao ar livre, uma alimentação rica em micronutrientes e a própria rotina imposta pelo curso de medicina não se encontrem com alterações laboratoriais nos seus níveis de vitamina D e cálcio.

7. Referências

BUZINARO, ELIZABETH F., ALMEIDA, RENATA N. ALVES DE E MAZETO, GLÁUCIA M.F.S. *Biodisponibilidade do cálcio dietético*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, Botucatu, v. 50, n. 5, p. 852-861, Dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302006000500005>. Acesso em: 1 Maio 2021.

CANDIDO, Marília de barro. *Hipovitaminose D: Uma revisão de literatura*. Universidade federal de Campina Grande. Cuité-PB, 2020. 27p

CAPOZZI A, SCAMBIA G, LELLO S. *Calcium, vitamin D, vitamin K2, and magnesium supplementation and skeletal health*. Maturitas, Rome, 30, May 2020. p. 55-63. Disponível em: [10.1016/j.maturitas.2020.05.020](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.020). Acesso em: 1 Maio 2021.

CASTRO JÚNIOR, EUTON FREITAS DE et al. *Avaliação do nível de atividade física e fatores associados em estudantes de medicina de Fortaleza-CE*. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Fortaleza, v. 34, n. 4, p. 955-967, Fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-32892012000400011>. Acesso em: 1 Maio 2021.

DAMASCENO, M. V. O.; ROSA, M. R. B. D.; SOARES, A. A.; FERNANDES, A. R. G.; BELLUCCI C. H. S.; GOMES, C. M.; JÚNIOR, J. B. *Prevalência de hipovitaminose de associação com componentes da síndrome metabólica em homens avaliados em programa de detecção do câncer de próstata*. Revista de Saúde Coletiva da UEFES, v. 5, n. 1, p. 17-22, 2015.

FELTRIN, A. Z.; FELIPPE, L. F.; WESSLER, L. B.; AMBROSIO, P. G.; HELUANY, C. C. V.; MADEIRA, K. *Níveis séricos de vitamina D em pacientes geriátricos*. Antonio Carlos Weston, v. 63, n. 3, p. 254-259, 2019.

KHAMMISSA, R.A.G. et al. *The Biological Activities of Vitamin D and Its Receptor in Relation to Calcium and Bone Homeostasis, Cancer, Immune and Cardiovascular Systems, Skin Biology, and Oral Health*. Biomed Research International, Pretória, v. 2018, Maio 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29951549/>. Acesso em: 1 Maio 2021.

LEÃO, L.M.C.S.M. , TAVARES, A.B.W. , SILVA JUNIOR, V.L. *Prevalência e consequências da hipovitaminose D em adolescentes*. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 50-55, outubro 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/269464077_Prevalencia_e_consequencias_da_hipovitaminose_D_em_adolescentes. Acesso em: 2 Maio 2021.

LIMA, E. et. al. *Influência da hipovitaminose D no diabetes mellitus tipo 2*. Revista Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro, v. 70 n. 6, jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-683416>. Acesso em: 01 dez. 2021

LOUZADA, M. L. C.; MARTINS, A. P. B.; CANELLA, D. S.; BARALDI, L. G.; LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; MOUBARAC, J. C.; CANNON, G.; MONTEIRO, C. A. *Impacto de alimentos ultraprocessados sobre o teor de micronutrientes da dieta no Brasil*. Revista de Saúde Pública, v. 49, p. 45-45, 2015.

MAEDA, SERGIO SETSUO et al. *Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 411-433, Jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003388>. Acesso em: 1 Maio 2021.

MOTA, MARIA CARLIANA et al. *Estilo de vida e formação médica: impacto sobre o perfil nutricional*. Revista Brasileira de Educação Médica, Uberlândia, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 358-368, Out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500010>. Acesso em: 1 Maio 2021.

PARK, SUMMIN; KANG, SUNA; SOL KIM, DA. *Severe calcium deficiency increased visceral fat accumulation, down-regulating genes associated with fat oxidation and increased insulin resistance while elevating serum parathyroid hormone in estrogen-deficient rats*. Journal Pre-proof, South Korea, 17 set. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31841747/>. Acesso em: 29 nov. 2021

ROLIZALA, P.M.D; FREIRIA, C.N; BRITO, T.R.P; BORIM, F.S.A; CORONA, L.P; *Insuficiência de vitamina D e fatores associados: um estudo com idosos assistidos*

por serviços de atenção básica à saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 27 ed. Rio de Janeiro, 2022.

Ronchi F.C., Sonagli M., Ronchi M.G.C.. *Prevalência de Hipovitaminose D em população de consultório médico. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 173-180, 2012.*

SCHMIDT, AGNES. *Relação entre a deficiência de vitamina d e obesidade: uma revisão atual. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo, v.9, n.53, p. 207-212, Set./Out. 2015. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/376>. Acesso em: 1 Maio 2021.*

SILVA, ÁDRIA RODRIGUES et al. *25-hidroxivitamina D e exposição solar: uma análise epidemiológica entre os estudantes de medicina. Brazilian Journal of Development, Curitiba, 27 Fev. 2020. v. 6, n. 2, p. 9239-9258. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/7188>. Acesso em: 1 Maio 2021.*

VIEIRA, JOSÉ GILBERTO HENRIQUES. *Diagnóstico laboratorial e monitoramento das doenças osteometabólicas. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, São Paulo, 17 Maio 2007. v. 43, n. 2, p. 75-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442007000200002>. Acesso em: 1 Maio 2021.*

**ELABORAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: um relato de experiência.**

Fernanda Silva Formal
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
fernandaformal09@gmail.com

Jaqueline de Queiroz Lima
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
jaquelineenf09@gmail.com

Melissa Aguilá Silveira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
aguilamelissa6@gmail.com

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Docente do Departamento de Enfermagem – Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O decreto 7.053 de 2009 publicado pela Presidência da República do Brasil, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPST) caracteriza esse público como:

“[...] heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009, parágrafo único).

Considerando a atenção integral dessa população, foi implementada a Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 que é o surgimento do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua (PSR). Os objetivos do plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012).

A partir dos anos 90, pesquisas foram realizadas para avaliar o perfil da população em situação de rua, e foi identificado que não é um conceito

unidimensional, considerando que as pessoas se diferenciam de diversas maneiras, por exemplo: modos de subsistência, tempo de permanência na rua e tempo de rompimento das relações familiares (BRASIL, 2014).

A PSR é cercada com várias peculiaridades que caracterizam os motivos pelos os quais a fizeram permanecer nessas condições de vida, sendo estas a quebra de vínculo com seus familiares, o desemprego, o uso de drogas, a extrema pobreza, a desospitalização de pacientes psiquiátricos e entre outros motivos próximos a estes (BRASIL, 2015).

As mulheres que vivem em situação de rua (MVSR) são mais vulneráveis quando vivem nessa realidade. De acordo com o exposto, a situação de rua traz um contexto onde a desigualdade de gênero, violência sexual, física e verbal, e violação dos direitos sociais são vivenciados constantemente (BISCOTTO et al., 2016; BRASIL, 2012).

Em seu dia a dia enfrentam a questão da higiene, pois não conseguem tomar banho devidamente e quando é o tempo da menstruação a higiene fica mais precária ainda, além do frio, de doenças como nos pés, infestações, tuberculose, IST, gravidez de alto risco, doenças crônicas e da solidão pois sentem falta de seus filhos (BISCOTTO et al., 2016; BRASIL, 2012).

Para elas garantirem sua sobrevivência em meio a toda essa vulnerabilidade, muitas vezes precisam pedir dinheiro ou comida para as pessoas que passam, se prostituir ou até traficar drogas, pois conseguir um albergue para passar a noite é um grande desafio diário (BISCOTTO et al., 2016).

A partir de toda essa vulnerabilidade é de grande relevância salientar que as políticas públicas para a MVSR são totalmente precárias. Além de ser minoria nas ruas, se comparado aos homens, mesmo com todas as dificuldades e violências em que elas são apresentadas todos os dias, existem poucos estudos acerca do tema, o que também dificulta a implementação de políticas para esse público específico (CÂMARA, 2019).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída seguindo os princípios do SUS, e atualizada recentemente com as diretrizes da atenção básica. Dentro dela implementa-se os Consultórios de Rua,

para ampliação da cobertura de serviços, de programas, de territórios e de públicos, diante das necessidades de saúde e das demandas sanitárias emergentes, proporcionando acessibilidade ao serviço de saúde intersectorial, mas sem um protocolo fixo voltado para a atenção à saúde nas mulheres (BARBIANI; 2016; SILVA, 2017; BRASIL, 2017).

Segundo as Organizações das Nações Unidas, 70% das mulheres que vivem na pobreza têm dificuldades no acesso à saúde, à educação, dificuldade de conseguir emprego, violência sexual, aborto e comprometimento na saúde da mulher em situação de vulnerabilidade social, pois essas situações podem leva-las a condições precárias de vida (TIRADENTES; FERNANDES, 2007).

Nesse contexto encontra-se o enfermeiro, profissional capaz de realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através da consulta de enfermagem, quando próximo a essa população. A SAE é um conjunto de ações constituídas por etapas a serem seguidas em ordem, objetivando o cuidado ao paciente pautado nas necessidades humanas básicas (COREN, 2009).

A coleta de dados ou anamnese, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição, intervenção e avaliação de enfermagem são as etapas que compõem a SAE. É um sistema onde um depende do outro para ser realizado e oferece ao usuário um cuidado integral, efetivo e humano, pois aquela sua necessidade será identificada e intervencionada através dessa sistematização (COREN, 2009).

Visto isso, o enfermeiro pode vir a se tornar um grande influenciador quando inserido no contexto de vida dessas mulheres. Através da consulta de enfermagem o profissional consegue atingir dimensões que são influenciadoras para a potencialização da condição de vida delas. Dessa forma adotar uma sistematização que auxilia nesse raciocínio clínico é de extrema importância. Para tanto o enfermeiro tem como apoio, na elaboração da SAE, a utilização da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (COREN, 2009)

A CIPESC é um projeto desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, brasileira para a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®). É um instrumento utilizado e que compreende a qualificação da formação dos enfermeiros qualificados e que tenham compromisso com o sistema único de saúde (SUS), voltado para o raciocínio clínico e epidemiológico e atenção na rede de saúde da população (NICHATA et al; 2012).

2. OBJETIVO

Relatar a experiência vivida pelas estagiárias do último ano do curso de graduação em enfermagem na elaboração da SAE de mulheres em situação de rua.

3. Metodologia

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que teve como metodologia a elaboração de uma estratégia para a construção da SAE de MVSR próximo a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na região oeste de uma cidade no interior de São Paulo. Essa atividade foi realizada por três estudantes cursando atualmente o último ano do curso de graduação em enfermagem de um Centro Universitário localizado na mesma cidade do estudo, durante as atividades do estágio supervisionado, com a orientação de uma preceptora.

A atividade teve como meta primeiramente conhecer um pouco da população adscrita à UBS de referência, e localizar as potencialidades e fragilidades da região. Nesta oportunidade, verificou-se a necessidade de abordar a PSR, situada próxima a unidade de saúde.

O estudo foi realizado com seis PSR, sendo quatro homens e duas mulheres. Após a anamnese com toda a população, as MVSR foram escolhidas para a elaboração da SAE. A escolha desta população deu-se justamente por elas serem a minoria em seu contexto de vida e apresentarem necessidades humanas básicas deficientes. Para elaboração da atividade e implementação à população, foram utilizadas as seguintes etapas: Territorialização, anamnese, diagnósticos e intervenção.

Para a construção completa da SAE seria necessário a permanência de um tempo maior com essa população. Como o estágio possuía um tempo curto de duração, não foi possível concluir todas as etapas da sistematização. Foram encontrados vários diagnósticos e intervenções de enfermagem, porém para o desenvolvimento dessa atividade, foram elencados aqueles semelhantes de acordo com as necessidades das duas MVSR.

3.1. Primeira etapa - Territorialização

Para que a atividade fosse realizada, utilizou-se da territorialização para entender as necessidades e fragilidades da região. A territorialização é uma ação onde profissionais de saúde são capazes reconhecer e selecionar suas particularidades, essas podendo compor condicionantes de saúde, população prevalente, necessidades básicas de saúde, vínculos, pontos de referências próximos, liderança comunitária, faixa econômica da população, entre outros fatores (CALISTRO et al., 2021).

Todas essas informações são de importância para o planejamento do cuidado da comunidade de uma forma geral e das pessoas de forma individualizada, pois é também através da territorialização que existe a possibilidade do primeiro vínculo com o paciente e sua família, além do profissional de saúde estar inserido e conhecer a sua realidade (CALISTRO et al., 2021).

Durante a territorialização, notou-se que as duas mulheres participantes deste estudo moravam na calçada de uma penitenciária próxima à UBS e as mesmas relataram estar naquele local por mais de quatro anos. Nessa abordagem inicial foi identificado a necessidade de avaliar a população de forma mais assertiva devido a diversas fragilidades observadas. Então, foi agendada uma data com as MVSR para a realização da anamnese e exame físico.

3.2. Segunda etapa - Anamnese

Para a realização da anamnese utilizou-se de um instrumento criado pelas alunas responsáveis da atividade, com o intuito de entender as maiores fragilidades, necessidades, pontos negativos e positivos e onde as estudantes poderiam atuar.

O instrumento de coleta de dados consistiu em abordar a identificação das MVSR, história pregressa, o tempo de permanência e o motivo que se encontrava nessa condição, quais eram os lugares de apoio que elas sabiam que poderiam procurar em alguma necessidade, se usuária de álcool ou outras drogas assim como sua frequência, como era o contato com a família, a forma com que conseguia alimentos, higienização, água e acompanhamento médico, e se sentia que as pessoas possuíam algum preconceito contra elas por conta de sua condição de vida.

Em um segundo momento realizou-se o exame físico para mensuração da pressão arterial, saturação, frequência cardíaca e temperatura. Posteriormente realizou-se observações sobre alimentação saudável de acordo com a realidade dessa população assim como a necessidade de uma consulta na unidade de saúde, tendo em vista que faziam muitos anos que não consultavam com o médico.

3.3. Terceira etapa - Diagnóstico e Intervenção

As informações coletadas durante a anamnese das MVSR embasaram a elaboração da SAE, que através do CIPESC foram estabelecidos os principais diagnósticos e as propostas das intervenções de enfermagem que as estudantes formularam.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Ao realizar a territorialização foi identificado que próximo a uma penitenciária, igreja e UBS existia PSR vivendo naquela região e a mesma era composta de homens e mulheres. Para essa população estar próximo a estes locais talvez seja estratégico, pois segundo seus relatos durante a coleta de dados, são estes locais sociais, religiosos e de saúde que mais os ajudam nas suas necessidades humanas básicas, como por exemplo alimentação, água, cobertores e entre outros. O local onde as PSR ficavam alojados em frente a uma penitenciária, onde mantinham roupas e cobertores pendurados em um varal instalado no muro, alimentos guardados dentro de caixas de papelão e colchão jogados ao chão.

Ainda durante a prática de conhecimento do território as estudantes se aproximaram das PSR para conhecer um pouco mais, e nesse momento ficou totalmente evidente o quanto a necessidade de atendimento de saúde para as MVSR era alarmante, mesmo com a cobertura do consultório de rua.

As equipes de consultório têm o objetivo de atender MVSR buscando uma melhoria no atendimento voltado à assistência social, garantindo uma qualidade no processo de serviço em situação de vulnerabilidade. Visto isso, os profissionais que atendem as MVSR no consultório de rua são compostos pela equipe de saúde e que devem ser obrigatoriamente enfermeiros, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional, outros demais como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissionais de educação física. A necessidade do atendimento é na promoção e prevenção

de saúde, diagnóstico de enfermagem, cuidados paliativos, vigilância em saúde, aferição de pressão arterial e curativos, é considerada uma porta de entrada na orientação da prevenção e educação em saúde (PINTO, 2021).

Na realização da anamnese e exame físico, percebeu-se que as MVSR eram usuárias de drogas, que estavam sem se alimentar e sem ingerir água a um tempo considerável e que suspeitavam de gravidez, mas que não conseguiam realizar o exame preventivo e nem o teste de gravidez, pois os profissionais de saúde da unidade próximo a elas negavam o seu atendimento e o consultório de rua não realizavam esses procedimentos, porém esse momento obteve-se a oportunidade de acompanhar as mulheres até a UBS para a realização do teste de gravidez e início do pré-natal, porém uma delas se negou a realizar o exame. A outra mulher que também havia relatado suspeita de gravidez realizou o teste e apresentou um resultado negativo.

Perante o exposto sentimos uma certa dificuldade em nos aproximarmos a essas mulheres, relacionado ao uso de drogas, por esta razão o consumo de álcool e drogas traz um contexto de distanciamentos e desigualdade perante a população. Além disso, é necessário que encarar os impactos perante a situação da sensação frente às MVSR usuárias de drogas faz com que nós estudantes enfrentemos um processo de frustrações e sentimentos de derrota que essas mulheres passam, independentemente da situação a visita foi de extrema importância e traz um caminho que possa mostrar o lado do acolhimento e humanização das estudantes.

Visto que essa população também necessitava de um cuidado em saúde, considera-se os princípios do SUS para garantir esse atendimento universal, integral e com equidade. Além disso ressalta-se que o serviço de saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, ou de pessoa que esteja em território nacional, e um dever a ser cumprido pela federação. O SUS deveria ser o grande provedor de saúde voltado especificamente para as mulheres. (BRASIL, 1990). O enfermeiro possui um papel importante no cuidado dessas populações e para que a assistência à saúde seja ofertada para elas de forma individualizada, utiliza-se a SAE (COREN, 2009).

As estratégias de saúde dessa população são divididas em 5 eixos definidos no Plano: Eixo 1 - Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Eixo 2 - Promoção e Vigilância em Saúde; Eixo 3 - Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR; Eixo 4 - Fortalecimento da Participação e do Controle Social e Eixo 5 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR. (BRASIL, 2012).

A relação entre o preconceito da população e a falta de conhecimento propõe a falta de conhecimento e diálogo, entre os cuidados do tratamento à saúde do tratamento de drogas, prática da assistência social, dimensões religiosas entre os preconceitos que podem ser prejudiciais à saúde dos usuários (BRITO, 2021).

De acordo o Ministério da Saúde, para que os hábitos de higiene tenham impacto positivo em uma vida saudável, o ideal é tomar banho diariamente e escovar os dentes pelo menos três vezes ao dia (BRASIL, 2011). Diante disso, foi notado pelas estudantes que existe um grande déficit na qualidade da higiene pessoal realizada pelas MVSR. Considerando que essa população em vulnerabilidade se encontra morando na rua atualmente, a frequência em que realizam a rotina de higiene pessoal diária, de acordo com as mulheres, depende dos dias em que elas conseguem vaga para o Abrigo Provisório da cidade, ou usar o banheiro público de um parque municipal.

O uso de drogas como álcool, cigarro, crack e cocaína é um problema de saúde pública de proporções internacionais e que preocupam nações do mundo inteiro, considerando todos os fatores prejudiciais (IMIP, 2018). Durante o acolhimento das MVSR, foi observado o consumo elevado de álcool e outras drogas, majoritariamente o consumo de cachaça e crack, em grandes quantidades. Foi realizada a conscientização sobre as possíveis consequências do consumo dessas substâncias para os usuários.

As Diretrizes Brasileiras apontam que para o rastreamento do câncer do colo do útero, o exame preventivo juntamente com a vacinação, são as ações de prevenção ao contágio do Papilomavírus Humano (HPV) causador do câncer do colo do útero, e o principal meio de detectar precocemente lesões precursoras é pelo exame preventivo (BRASIL, 2016). Durante o acolhimento notou-se um

fator de extrema importância a ser avaliado nas MVSR, que é o longo período em que essas mulheres não têm acompanhamento médico de rotina, especialmente por serem mulheres em idade fértil, e não realizarem o exame citopatológico preventivo (Papanicolau).

Visto tamanha importância acerca do assunto, após a atividade, as alunas responsáveis pela sua execução entraram em contato com a UBS mais próxima para que as MVSR obtivessem seu cartão do SUS e posteriormente conseguissem marcar a consulta com o médico ginecologista.

Através de uma pesquisa foi possível identificar que entre as MVSR há uma extrema vulnerabilidade social, o produto alimentar não é uma preocupação prazerosa voltado a população de rua. Segundo a Política Nacional cita que para a população em situação de rua em 2009, almejam direitos a promoção de segurança alimentar e nutricional, porém os prazeres dessas mulheres negligenciada pelo racismo compreende a vivência que elas mantêm sobre a alimentação inadequada (SABATINI, 2021).

Essa é uma condição que se aplica também a população deste relato, pois foi identificado a maior prevalência de pessoas do gênero masculino. Muitos destes, incluindo as mulheres, relataram não ter emprego ou nenhum tipo de benefício, portanto necessitam de solicitar recursos nas ruas, o que na linguagem deles chamam de “manguear”.

Além disso, um fato interessante pode ser destacado que as MVSR relataram para as estudantes, que os motivos pelos quais decidem permanecer na rua estão relacionados com seus familiares, pois exprimem uma infinidade de preconceitos e não aceitação para com elas.

Porém o que torna o distanciamento familiar são sentimentos de vergonha, o que contribui para a desvinculação familiar. Além disso, muitas mulheres têm perdido o direito de manter o vínculo com seus filhos, recorrendo à proteção da criança e do adolescente (CUNHA et al., 2017).

Dessa forma, o medo e a solidão que ameaçam a vida dessas mulheres, elas trazem relatos sobre o que mais temem, como o medo durante a madrugada ao dormir e de serem abusadas e maltratadas, além disso o risco de

serem espancadas e mortas. Essa realidade gera medo e ansiedade ao seu redor. Diante dessas condições de vida, elas apresentam dificuldades e abandono nos serviços de saúde (TILIO et al., 2015).

Levando em consideração as diferentes realidades e necessidades, inclusive a das mulheres em situação de rua, o papel do enfermeiro no atendimento a essa população é de extrema importância e deve ser feito de forma inclusiva, livre de julgamentos e com a missão de cumprir com os direitos do cidadão brasileiro (SILVA, 2017).

A atitude do profissional deve visar a transformação e a mudança de vida com o objetivo de garantir que a saúde seja restabelecida e os danos reduzidos. A enfermagem nessa realidade, tem papel de promoção de saúde e prevenção de doenças, tendo como objetivo principal a valorização do ser humano e atua na ajuda da reinserção social das pessoas (SILVA, 2017).

No diagnóstico de enfermagem o enfermeiro deverá analisar todos os dados, objetivos e subjetivos, obtidos com o paciente através da coleta de dados e do exame físico (COFEN, 2009). Os diagnósticos de enfermagem podem ser identificados através do CIPESC que é um instrumento auxiliador nas intervenções, raciocínio clínico e epidemiológico no processo de saúde e doença e nas necessidades de saúde da pessoa e da comunidade (NICHATA et al., 2012).

E então, de acordo com os diagnósticos estabelecidos ao paciente pelo enfermeiro, ele deverá elencar as intervenções de enfermagem, onde essas devem ser delegadas a outros profissionais da equipe de saúde através da prescrição de enfermagem (COFEN, 2009).

É necessário incluir na consulta de enfermagem a educação em saúde. Ela se torna extremamente importante, pois é através de sua prática que é possível incentivar uma mudança de comportamento nos usuários, desta forma mudando o curso de suas doenças. Para sua realização é válido identificar os determinantes sociais de saúde, o nível de escolaridade das pessoas para poder ajustar a linguagem a ser utilizada e a sua cultura evitando possíveis julgamentos (CONCEIÇÃO et al., 2020).

Mediante as informações coletadas durante a anamnese, foram elaborados os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para as MVSR, utilizando o CIPESC (Quadro 1).

Quadro 1: Relação de diagnósticos e intervenções de enfermagem das MVSR, segundo o CIPESC.

Necessidades (Diagnósticos)	Intervenções
Emagrecimento	Orientar ingestão de alimentos adequados;
Desnutrição	Investigar hábitos alimentares e identificar problemas relacionados a alimentação;
Autocuidado inadequado	Investigar hábitos e costumes de higiene;
Higiene corporal alterada	Orientar os hábitos diários de higiene corporal; relacionar possíveis patologias com a higiene alterada;
Uso de álcool e outras drogas	Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas; estabelecer relação de confiança com a paciente;
Exame preventivo ausente	Esclarecer sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo de útero;

Fonte: Autores, 2022.

Aproveitando esse momento de realização da anamnese, as estudantes tiveram a oportunidade de realizar orientações acerca da alimentação, higiene, exame preventivo, álcool e outras drogas, orientações sobre o uso de preservativos, e das ISTs, abordagem sobre a prevenção de agravos a saúde, e a

importância das orientações voltada a manutenção a saúde, a prevenção de doenças e a promoção na qualidade de vida das MVSR.

As intervenções em saúde das MVSR foram realizadas através das necessidades dos diagnósticos de enfermagem, realizando as intervenções para cada necessidade encontrada. Assim tivemos uma grande oportunidade de desenvolvermos nosso estudo em conhecimento ao atendimento às mulheres em vulnerabilidade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da possibilidade concedida no estágio curricular supervisionado, foi possível executar atividades práticas de consulta de enfermagem com a PSR. Foi possível identificar inúmeras fragilidades voltadas à saúde dessas mulheres como abuso sexual, uso de álcool e outras drogas, pobreza extrema, desnutrição, cuidado corporal inadequado, entre outros.

A enfermagem tem um papel fundamental na educação em saúde da PSR, dessa forma proporcionando atenção no cuidado, atendimento e acolhimento, perante isso conheceu-se mais sobre suas condições de vida para poder, em um curto período de tempo, ofertar o melhor cuidado possível.

Portanto foi identificado que as políticas públicas para a PSR voltada especificamente para as mulheres precisam ser revistas e mais elaboradas, visto que estas são minoria e possuem suas particularidades pessoais como mulher. Além disso, ter contato com essa população durante a graduação foi inteiramente benéfico, pois foi possível gerar uma desmistificação do cuidado para essas mulheres ainda enquanto estudantes de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARBIANI. R. et al. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica:

scoping review. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/123942/120122>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da População em Situação de Rua. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Higiene para uma vida saudável. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/higiene-para-uma-vida-saudavel/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizespar aorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. [S. l.: s. n.], 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 8 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Cidadania. **População em Situação de Rua**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2017/06/POPULA%C3%87AO-EM-SITUA%C3%87%C3%83O-DE-RUA.pdf>. Acesso em: 8 maio 2022.

BRASIL. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 7053. **Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**., [S. l.], 8 maio 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 8 maio 2022.

BISCOTTO, P. R., et al. Compressão da Vivência das Mulheres em Situação de

Rua: **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, 2016.

Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MW7WynyQxZyQNhwQtTThCgR/?lang=en>.

Acesso em: 11 abr. 2022.

BRITO, C. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], 15 out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/#>. Acesso em: 9 maio 2022.

CALISTRO, M. O. *et al.* Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], 2 jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n6/2141-2148/pt/>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CÂMARA, A. E. Os modos de vida de mulheres em situação de rua em Maracanaú. **Repositório Institucional Universidade Federal do Ceará**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/43238>. Acesso em: 8 maio 2022.

CHAGAS, L. *et al.* Universidade e sociedade: estudantes e pessoas em situação de rua. **XV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU: Desafios da Gestão Universitária no Século XX**. UFBA, Centro Histórico de Salvador, 12 abr. 2015. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/136099/101_00201.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 abr. 2022.

COFEN. 358/2009. **Resolução COFEN-272/2002 Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009**, [S. l.], 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html. Acesso em: 08 mai. 2022.

CUNHA, J. *et al.* Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. **Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia**, [s. l.], 15 fev. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000100010. Acesso em: 08 mai. 2022.

FREITAS, G. M. SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**. Tocantins, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/443/754>. Acesso em: 16 abr. 2022.

IMIP. INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. Prevenção no dia nacional de combate às drogas e ao alcoolismo fique alerta ao risco das substâncias ao organismo. Fevereiro, 2018. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/noticias/no-dia-nacional-de-combate-as-drogas-e-ao-alcoolismo-fique-alerta-ao-risco-das-substancias-ao-organismo.html>. Acesso em: 11 abr. 2022.

NICHIATA, L. *et al.* Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - **CIPESC**: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica: Revista da Escola de Enfermagem da USP. CIPESC, São Paulo, 3 jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zgLyPbMxVqLCfhbhHhH4YJf/?lang=pt#>. Acesso em: 25 abr. 2022.

PINTO, F. Fala aê, mestre: a invisibilidade da saúde da mulher em situação de rua e o acolhimento nas eCR. **FIOCRUZ Brasília**, [s. l.], 30 abr. 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/fala-ae-mestre-a-invisibilidade-da-saude-da-mulher-em-situacao-de-rua-e-o-acolhimento-nas-ecr/>. Acesso em: 9 maio 2022.

TILIO, R. *et al.* Medos e expectativas de usuários de drogas em situação de rua. **Revista da SPAGESP**, [s. l.], 10 set. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000200007. Acesso em: 08 maio de 2022.

SABATINI, F. As mulheres em situação de rua e o prazer com a alimentação. **Faculdade de Saúde Pública da USP**, [s. l.], 27 jan. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/as-mulheres-em-situacao-de-rua-e-o-prazer-com-a-alimentacao/>. Acesso em: 9 maio 2022.

SILVA, R. P. *et al.* Assistência de enfermagem à pessoa em situação de rua. **Revista Científica de Enfermagem**. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.reciem.com.br/index.php/Recien/article/view/133/136>. Acesso em: 12 abr. 2022.

TIRADENTES, L. Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres em situação de rua. **OBJN**, [s. l.], 18 dez. 2007. DOI <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20081356>. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1356/431>. Acesso em: 12 abr. 2022.

**ELABORAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE
UMA VISITA DOMICILIAR A IDOSO ACAMADO: relato de experiência**

Evelin Pires Antunes
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
evelinpireees@gmail.com
(16) 99150-0122

Roberta Oliveira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
robertinharoberta427@gmail.com
(16) 99211-8984

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Docente do Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com
(16) 981467250

1. INTRODUÇÃO

O estágio supervisionado é de grande importância e fundamental para uma formação completa do enfermeiro, pois a relação e contato que o acadêmico tem com o profissional é totalmente diferente de teorias e é de grande aprendizado. O estágio acadêmico possibilita que o estudante compreenda a dimensão do cuidado quando está inserido em uma instituição de saúde e resulta em um aprendizado de maior valia por conta do aprimoramento das habilidades técnicas e competências discentes (NEGREIROS E LIMA, 2018).

A Resolução COFEN 464, de 20 de outubro de 2014, define a atenção domiciliar como ações realizadas no domicílio do indivíduo para promover sua saúde, prevenir agravos e tratar doenças, bem como sua reabilitação e cuidados paliativos (GOMES; FRACOLLI; MACHADO, 2015). Várias atividades práticas são realizadas durante o estágio supervisionado, entre elas a VD. A VD tem como objetivo ajudar a restaurar e compreender as condições de vida dos cidadãos para que possa criar uma conexão entre diretores e clientes. Além disso, as visitas domiciliares facilitam a autonomia dos usuários atendidos ao prestar atendimento de forma acolhedora e humanizada, a infraestrutura existente na comunidade (moradia,

limpeza, saneamento, etc.) sempre foca na uniformidade do trabalho realizado e na integridade das atividades (CONCEIÇÃO et al, 2019).

A Resolução COFEN 358/2009 decidiu implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todos os ambientes onde existe atendimento. A SAE contribui para toda a prática do profissional de enfermagem no processo de enfermagem, valorizando o conhecimento científico e aumentando o sentimento de pertencimento para todos os componentes envolvidos na SAE. Por ser um método científico de trabalho cuja execução é contínua com o objetivo final de manter a saúde e melhorar os desfechos da doença, a SAE enfatiza o método de trabalho e deve o sucesso a todos os profissionais envolvidos no cuidado, elevando a visibilidade social, não dos indivíduos, mas de todo o equipe de cuidados (ARAÚJO, J. 2020). A SAE pode ser entendida como ferramenta para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de definir a apropriação dos membros da equipe assistencial. Assim, a SAE é uma ferramenta para subsidiar a organização do cuidado e a gestão do cuidado (BARROS E LOPES, 2010).

São muitos os fatores que levam as pessoas a lesões irreparáveis, ficam acamados e se deparam em um leito hospitalar. Quando saem do hospital e precisam voltar para suas casas, muitas vezes são obrigadas a fazerem mudanças drásticas em seu estilo de vida. Mas o que muitas vezes acontece é que quando a pessoa volta para casa, a família se depara com uma situação contrária à sua realidade, onde as circunstâncias familiares muitas vezes não são as ideais, pois há uma grande falta de informação para poder cuidar desse paciente que requer cuidados especiais. (VEADRIGO; HELEN, 2014)

O fator econômico influencia no cuidado, pois a maioria dessas famílias não conseguem se adaptar, pois a situação financeira não é propícia para a aquisição de determinados itens, que proporcionam qualidade de vida. Para ter o cuidado adequado, a família precisa de orientações e ajuda para fazer um planejamento de cuidado eficiente. Com esse planejamento, a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) facilitará a prestação de cuidados na realização das intervenções a fim de promover melhor evolução do paciente. (VEADRIGO; HELEN, 2014)

A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) constitui-se de um meio/ferramenta para o enfermeiro trabalhar

sistematizando elementos de sua prática, possibilitando dar visibilidade tanto na perspectiva da enfermagem quanto na perspectiva gerencial e investigativa. A CIPESC é uma poderosa ferramenta de ensino para formação e certificação de enfermeiros brasileiros que atuam no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (NICHATA et al., 2012).

2. OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência dos estudantes do estágio supervisionado do curso de graduação em Enfermagem na realização de uma visita domiciliar a idoso acamado e a elaboração da SAE

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciado durante o estágio supervisionado do curso superior em Enfermagem do 7º semestre de um Centro Universitário Municipal localizado em uma cidade do interior paulista.

Para realizar a VD, fizemos um planejamento juntamente com a preceptora do estágio. Para tal, solicitamos para a assistente social direcionar quais eram os pacientes que faziam o uso da Unidade Básica de Saúde (UBS) e necessitavam de cuidados domiciliares, após a preceptora do estágio ligou agendando uma visita. Para realizar a VD utilizamos um instrumento de coleta de dados para nos auxiliar na condução da entrevista com o paciente, que continha as seguintes informações: nome completo, idade, estado civil, escolaridade, se era aposentado, os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória), se tinha alguma patologia (Hipertensão Arterial Sistêmica, *Diabetes Mellitus*, Cardiopatia, Câncer, Acidente Vascular Encefálico), se usava medicamentos de uso contínuo, queixas do momento, exame físico (desnutrição,

higiene, mobilidade, capacidade de autocuidado, presença de lesões), quem é o cuidador, qual o vínculo, como é a alimentação e quais os horários, características do quarto e banheiro do paciente, e se possui acessibilidade.

Os materiais utilizados para a realização do exame físico do paciente foram organizados em uma mochila e foram os seguintes itens: esfigmomanômetro, balança, fita métrica, estetoscópio, oxímetro, termômetro, aparelho de glicosimetria, álcool em gel, algodão e luvas de procedimentos. A casa do paciente era próxima da UBS, então fomos caminhando. Seis alunos e a preceptora do estágio foram até a casa do paciente para a VD e dois alunos conduziram a entrevista com o paciente, os demais observaram e fizeram as anotações dos dados coletados e a preceptora nos ajudou na condução da VD.

O paciente era do sexo masculino, 63 anos, vítima de ferimento por arma de fogo na região da mandíbula, durante a manipulação de sua própria arma. Paciente se encontra acamado, ausente de fala, foi cuidado pela esposa durante 6 anos e agora é atendido por 2 profissionais de saúde. Durante a entrevista na VD, a esposa respondeu todas as perguntas, nos deu informações dos medicamentos que tomava, de quanto tempo fazia a troca de decúbito e contou sobre o acidente do marido.

Após a VD finalizamos a SAE na qual foi definido os diagnósticos de enfermagem utilizando o CIPESC. Entre os diagnósticos de enfermagem encontrados cinco deles foram destacados: coordenação motora ausente; movimento corporal diminuído; integridade da pele comprometida no idoso; risco para paciente doméstico; constipação. Com base nos diagnósticos elaboramos algumas intervenções que poderiam ser aplicadas para ver se foi eficaz. Os diagnósticos e intervenções encontrados foram discutidos entre nós e a preceptora do estágio, sem dar um retorno para o paciente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o desenvolvimento da SAE, os dados coletados durante a anamnese na VD foram organizados juntamente com as demandas e a necessidade de assistência à saúde do paciente para poder fazer a classificação e priorização dos diagnósticos e intervenções. Foi elaborado um total de 10 diagnósticos de enfermagem para o paciente, mas neste estudo trabalhamos com apenas cinco diagnósticos e 22 intervenções de enfermagem de acordo com a necessidade do paciente utilizando o CIPESC.

A utilização do CIPESC foi de grande aprendizado por poder relacionar as necessidades do nosso paciente com os diagnósticos e intervenções, a partir do segundo que fizemos achamos mais fácil e intuitivo de se fazer e utilizá-lo

No momento da VD o paciente se encontrava acamado e não verbalizava, então não tivemos contato diretamente com ele. A história do paciente foi relatada pela esposa que contou sobre as fragilidades que tinha para manter um cuidado adequado e por isso contratou duas cuidadoras para prestar a assistência devida. O paciente possuía necessidades, como alimentação por sonda nasogástrica, posicionamento correto na cama para não desenvolver lesão por pressão (LPP), medicamentos, higiene corporal, temperatura constante devido o ambiente quente em que ficava. Através da VD, tivemos a percepção de que apesar das condições do paciente é possível através de um acompanhamento bem assistido por uma equipe multiprofissional, proporcionar ao paciente um cuidado humanizado.

O que os chamou a atenção foi que no quarto em que o paciente se encontrava, estava fixado na parede telefones para contato de emergência, tanto de familiares quanto da área da saúde, quais os horários para ser realizado a troca de decúbito, os horários para administrar a dieta e também os medicamentos que o paciente fazia uso. Ter essas informações descritas em local mais visível, facilita muito para os cuidadores para não fazer confusão nos horários.

Um paciente acamado tem maiores chances de desenvolver LPP por não conseguir fazer a mudança de decúbito, fazendo com que seja necessário sempre uma pessoa para poder realizar a troca de decúbito. Embora a formação das lesões por pressão tenha mortalidade quase nula, ela apresenta uma morbidade significativa, constituindo importante causa de desconforto e incapacidade,

interferindo em vários aspectos da vida do paciente, principalmente na qualidade de vida (LUCRI; COSTA, 2021).

Na realização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, houve uma dificuldade de achar alguns diagnósticos que se aplicavam no caso do paciente, sendo alguns deles ausente no CIPESC. Podemos observar em alguns artigos que outras pessoas também sentiram a ausência de diagnósticos que são oferecidos pelo CIPESC, como por exemplo, no artigo “Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba”. (CUBAS, M. 2006)

Boa higiene, alimentação e transporte são essenciais para evitar complicações que possam surgir durante o cuidado. Seja a limpeza do ambiente, roupas de cama e cuidados na troca de roupas, lavar e preparar os alimentos deve ser um hábito para evitar doenças e problemas. Não apenas um cuidador, mas todas as pessoas que ele conhece e os que estão ajudando, devem se manter limpos e sempre lavar as mãos antes de tocar em qualquer recipiente ou alimento do paciente (INCA, 2010).

Em uma VD, a importância do enfermeiro conhecer o local e fragilidades que a família encontra com o cuidado ao paciente é essencial para fazer uma SAE de maior eficiência. Com base nos diagnósticos elaborados de acordo com a anamnese do paciente, desenvolvemos algumas intervenções: orientar a equipe de saúde no surgimento de LPP; cuidado ao transportar o paciente, evitar aquecê-lo em excesso, realizar movimentos leves nas pernas e braços, sempre respeitando seus limites e mudança de decúbito a cada duas horas ou conforme prescrição médica; orientar familiares sobre a higiene no leito (roupas de cama limpa, impermeáveis, travesseiros para proteção e conforto); proteger protuberâncias ósseas com travesseiros, utilizar colchões especiais, utilizar travesseiros laterais para apoio; envolver familiares na observação e cuidado frequente da integridade cutânea, incentivar aumento da ingestão hídrica, lavar sempre as mãos antes e após mexer nas feridas, manter os ferimentos limpos e secos, monitorar cor da pele, umidade e ressecamento e a característica das lesões; evitar tomar banho com a água superaquecida; providenciar barras de apoio nos locais necessários; utilizar assento para banho; e orientar sobre os determinantes para constipação.

A VD fornece educação, permitindo que enfermeiros e sua equipe tenham mais conexões com as famílias da comunidade, promovendo a promoção e prevenção em saúde juntamente com o auxílio às necessidades do paciente. Faz com que a família crie um vínculo com a UBS e que seja um ponto positivo para o mesmo. No ponto de vista do Enfermeiro, poder realizar uma VD é interagir com a família, saber dos membros que moram na mesma casa e tenham contato com o paciente, pois assim o enfermeiro poderá elaborar uma SAE com base nas necessidades do indivíduo (GEHRKE; KRAUSE, 2018)

Nós enquanto estudantes de enfermagem, podemos prestar uma assistência de qualidade, através de visitas domiciliares a qual podemos ter uma visão ampliada como um todo e não somente com foco no paciente mas sim na família, em todo o ambiente e cuidados que serão prestados a esse paciente. Podemos promover a educação em saúde de acordo com cada demanda.

O estudo contribuiu para as estudantes terem a experiência de ter o contato diretamente com o paciente e família, tendo a oportunidade de criar um vínculo e poder exercer profissionalmente o papel do enfermeiro, colocando em prática o que aprendeu na teoria. O estágio supervisionado é de grande importância para a formação dos profissionais, pois é o momento em que o estudante se torna um profissional, tendo que tomar atitudes e ter o conhecimento prévio de procedimentos, ações a serem tomadas e atitude para determinados assuntos.

A SAE é a base para os passos do enfermeiro, fazendo com que o planejamento e evolução do paciente sejam eficazes e a cada dia possa melhorar. Desse modo, percebemos o quão importante é a SAE para o papel do enfermeiro, e é a base para fazer a construção dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, utilizando o Cipesc.

A experiência de estudantes de enfermagem conduzindo uma VD, foi de grande relevância para qualificar a formação do enfermeiro. Além de adquirir habilidades em atividades educativas para promover saúde e prevenção de agravos, essas experiências permitem aos alunos diminuir a timidez e aumentar sua confiança na abordagem de pacientes e familiares. Esse relato de experiência também mostra que atividades de extensão que articulam equipamentos educativos e assistenciais podem demonstrar a prática em saúde, principalmente no contexto da atenção primária à saúde.

Repensar como nos comportamos e pensamos no cuidado é fundamental, buscando aprimorar nosso cuidado no processo de cuidar, no qual viver novas experiências, pois somos constantemente influenciados por aqueles com quem nos relacionamos. Essa perspectiva está inserida no ensino da enfermagem domiciliar, que se caracteriza pela prestação de cuidados no contexto das condições e hábitos de saúde, sentimentos, crenças, presença ou ausência de conflito e aceitação por pacientes e familiares. A casa é onde o cliente conduz, seus princípios e organização são revelados, onde ocorre o desenvolvimento de seus papéis, relacionamentos, conflitos, alegrias, refletindo as formas e estilos de vida adotados. Os profissionais que entram no lar nunca esquecem esses princípios, sempre considerando suas características pessoais e familiares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, podemos concluir que a experiência foi relevante para as graduandas, fazendo com que adquirissem conhecimento para quando ingressarem no mercado de trabalho como enfermeiras. A VD fez com que percebessem a importância de se construir um vínculo com a família, para conseguir mais confiança e fazer com que a família sempre busque o apoio da unidade de saúde quando necessário. A elaboração da SAE fez grande diferença em todo o processo, colocando em prática o que aprendemos na teoria.

Com os resultados descritos, notou-se que a implantação da SAE foi fundamental para as intervenções prestadas ao cliente, pois deu comando e direcionamento ao trabalho das estudantes. Como estudante de enfermagem, a compreensão do cuidado sistemático amplia os horizontes de elaboração de planos de cuidados eficazes e estruturação de cuidados de saúde qualificados, além de proporcionar uma melhor avaliação dos resultados da implementação. O vínculo de confiança entre enfermeiro e paciente deve ser formado de forma gradual e contínua por meio da comunicação efetiva e das relações terapêuticas.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde.** Out 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf>>. Acesso em: 27 de abr de 2022.

ARAÚJO, J.C.S. **A Sistematização da Assistência de Enfermagem e a identidade profissional do enfermeiro.** 28 de mai de 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-a-identidade-profissional-do-enfermeiro/#:~:text=A%20grande%20import%C3%A2ncia%20da%20SAE,lhe%20o%20status%20social%20devido.>>. Acesso em: 03 de mai de 2022.

CONCEIÇÃO, A.S. et al. **Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica.** Revista Eletrônica Acervo Saúde.Vol.Sup.20. Mar de 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/supor/Downloads/441-Artigo-1403-1-10-20190307.pdf>>. Acesso em: 12 de abr de 2022.

CUBAS, M. et al. **Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba.** Rev. esc. enferm. USP 40 (2) • Jun 2006. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba Avaliação da implantação do CIPESC® em Curitiba](#)>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

GEHRKE, F. ; KRAUSE, K.M.O. **O Enfermeiro Em Frente À Visita Domiciliar Na Atenção Básica À Saúde: Revisão Narrativa.** Disponível em: <Instruções aos Autores de Contribuições para o SIBGRAPI (unicruz.edu.br)>. Acesso em: 02 de mai de 2022.

GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L.A.; MACHADO, B.C. **Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2015;39(4):470-475. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155572/A08.pdf>. Acesso em: 03 de mai de 2022.

Instituto nacional do câncer. **Guia do cuidador de pacientes acamados.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[guia-do-cuidador-de-pacientes-acamados-2010.pdf](#) (inca.gov.br)>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

LEITE, A.B.; LOPES, J. **A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem.** Enfermagem em Foco 2010; 1(2):63-65. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/17/18>>. Acesso em: 03 de mar de 2022.

LUCRI, M; COSTA, M. **A assistência da enfermagem nas lesões por pressão em pacientes acamados.** 2021. Disponível em: <[14719-Article-192292-1-10-20210430\(1\).pdf](#)>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

MOREIRA, R.A.C.; BARBOSA, T.L. **A Visita Domiciliar Como Instrumento De Cuidados Para A Promoção De Saúde E Prevenção De Doenças.** Disponível em: <<https://jundiai.sp.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/17/2014/08/A-visita-domiciliar-como-instrumento-de-cuidados-para-a-promo%C3%A7%C3%A3o-de->

sa%C3%BAde-e-preven%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as.pdf>. Acesso em: 04 de mai de 2022.

Prefeitura da Cidade de São Paulo. **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem - CIPEsc.** Disponível em: <file:///D:/perfil/lucimarferreira/Downloads/CIPEsc_DIAGNOSTICOS.pdf>. Acesso em: 23 de fev de 2022.

SHIBUYA, E. **Visita Domiciliar e qualidade de vida.** Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/visita_domiciliar.pdf>. Acesso em: 03 de mar de 2022.

VEADRIGO, H.A.S.C. **Roteiro De Sistematização De Assistência Em Enfermagem (Sae) Para Visita Domiciliar Visando O Acompanhamento De Pacientes Acamados.** Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/170579/Helen%20Andress%20da%20Silva%20Chaparro%20Veadrigo%20-%20DCNT%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Aceso em: 02 de mai de 2022.

NEGREIROS, R.V.; LIMA, V.C.B. **Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde | v. 16 | n. 2 | ago./dez. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4359#:~:text=O%20est%C3%A1gio%20supervisionado%20%C3%A9%20de,de%20avaliar%20os%20conhecimentos%20adquiridos%2C>. Acesso em: 03 de mar de 2022.

**HIPOGLICEMIA NEONATAL E ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO: uma revisão
narrativa da literatura**

Ana Carolina Duarte
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
anacduarte1005@gmail.com

Bruna Simões
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
brunasimoesjonas1418@gmail.com

Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Doutora em Ciências – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1 Definição

A glicose é fundamental para o metabolismo, é usada como fonte de energia nos tecidos do corpo, essa função é regulada pela insulina que é secretada pelo pâncreas. Segundo Guyton (1984), sua velocidade de transporte é aumentada pela quantidade de insulina, quanto maior o nível de insulina liberada, mais rápido a glicose chega às células.

A OMS define hipoglicemia como a diminuição no aporte de glicose circulante na corrente sanguínea “WHO, 1997.” A definição é controversa, pois os valores que a literatura traz não seguem um valor específico os valores variam de inferiores a 30 mg/dl e inferiores a 60 mg/dl. Nas primeiras horas de vida os níveis glicêmicos são baixos mesmo em bebês a termo e saudáveis, por isso a dificuldade em estabelecer um valor que define a hipoglicemia. A glicemia sérica inferior a 50 mg/dL é tradicionalmente usada para o diagnóstico de hipoglicemia.(SPERLING, 2008).

SPERLING (2008) traz a definição clássica da hipoglicemia composta pela “tríade de Wipple”: 1) sintomas típicos de hipoglicemia; 2) glicemia sérica inferior a

50 mg/dL durante os sintomas; e 3) melhora das manifestações com o tratamento para elevar a glicemia a valores normais. Esta tríade também é aplicada nos recém-nascidos, porém no primeiro dia de vida não conseguimos um valor exato (CORNBLATH, 2000).

1.2 A Glicose E Sua Relação Com Metabolismo De Neonatos

O feto recebe a glicose pela via placentária através de difusão facilitada. Com o nascimento acontece um desequilíbrio da glicose nos primeiros dias de vida, devido à interrupção no fornecimento de glicose materna. Nas primeiras horas de vida é consumido quase todo glicogênio armazenado no fígado, também há uma insuficiência do pâncreas na liberação da insulina. Alguns aspectos fisiológicos que são importantes ressaltar em relação à glicemia do feto e do RN (recém-nascido) é que a glicemia fetal corresponde a 2/3 dos níveis maternos, o valor mais baixo é após 2h do nascimento, regularmente a glicose com 3 a 4h de vida encontra-se em 60 – 70 mg% (BRASIL, 2014).

A alteração que acontece no metabolismo da glicose é considerada a intercorrência mais frequente em neonatais. Em grande parte dos casos é transitória, com uma resposta rápida ao tratamento, nos casos de hipoglicemia prolongada pode trazer consequências graves para o sistema nervoso central, já que seu metabolismo energético depende da glicose e do oxigênio (BRASIL, 2014).

A hipoglicemia ocorre pelo fato que o RN a termo passa por um período de adaptação extra uterina, fazendo com que seu organismo passe por uma adaptação fisiológica, é comum acontecer este distúrbio, ocorrendo em quase 50% dos recém-nascidos a termo (BRASIL, 2011). RN a termo são os recém-nascidos que nascem na 37a a 42a semanas de gestação (SILVA, 2014).

1.3 Tipos De Hipoglicemia

A hipoglicemia pode ser classificada em transitória ou persistente. A primeira é mais constante e ocorre após o nascimento, nas primeiras 6 horas de vida atinge 3% a 43% dos RN a termo, pode permanecer de dias a semanas (ou meses) após o

nascimento. As principais causas da hipoglicemia transitória são: prematuridade (imaturidade do desenvolvimento), pequeno para a idade gestacional (PIG); estresse no período peri parto e pós-natal (trauma, asfixia e hipotermia); hiperinsulinemia transitória (RN de mãe diabética e infusão intra-parto de dextrose); aumento metabólico (sepse, policitemia e eritroblastose fetal); e toxemia materna e uso de tocolíticos no trabalho de parto. A hipoglicemia persistente não é tão comum neste período, continua a persistir na infância e está associada a causas doenças endócrinas congênitas (GARBERS, 2017).

1.4 Valores/Índices Glicêmicos

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2015) define um limite inferior da normalidade da glicemia fetal durante a gestação, que é 54 mg/dL. Com o clampeamento do cordão umbilical cessa o suprimento materno da glicose e os níveis glicêmicos do RN caem rapidamente.

Cornblath et al. (2000) recomendam usar um valor limite operacional, o recomendado para estabelecer tratamento de hipoglicemia neonatal. Esse valor se aplica para definir intervenções necessárias, mas não se emprega para diagnosticar a doença, e sim para definir o nível de glicemia onde se deve intervir. As intervenções dependem do estado clínico e são utilizadas para garantir um limite de segurança. Valores operacionais sugeridos pelo autor para recém-nascidos a termo nas primeiras 24h de vida são:

- entre 30 e 45 mg/dl são aceitáveis, após alimentado o valor mínimo que se espera é 45 mg/dl;
- recém-nascidos sintomáticos o valor mínimo é de 45 mg/dl;
- aqueles com fatores de risco para hipoglicemia o valor mínimo esperado é 36 mg/dl, é recomendado acompanhamento e intervenção, caso a glicemia permaneça inferior a 36 mg/dl e não tenha aumento após a alimentação ou apresente sintomático;

- Administrar glicose para recém-nascidos inferiores a 25 mg/dl, mantendo os valores superiores a 45 mg/dl.

1.5 Incidência Da Hipoglicemia

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2015), a incidência de hipoglicemia é de 5% e 15% na maioria dos recém-nascidos saudáveis, porém os dados são controversos. Berkenbaugh e Wright, (1993) apontam que a incidência da hipoglicemia persistente é de 1,3 a 4,4 casos de 1.000 RN a termo, já na transitória é de 8% em recém-nascidos grandes para idade gestacional e 15% em pequenos para idade gestacional. (WILKER, 2005; FREITAS, 2009) .

1.6 Sinais e Sintomas

Várias causas podem estar associadas com desenvolvimento de hipoglicemia neonatal como: reservas de glicogênio que podem estar comprometidas pela prematuridade, crescimento intrauterino restrito (CIUR), ser pequeno para idade gestacional (PIG) ou até mesmo por hipóxia, ou sepse durante parto. Deficiências de hormônios e erros inatos do metabolismo são causas importantes que podem aparecer em cerca de 25% a 50% em mães diabéticas e 15% a 25% dos recém-nascidos de mães com diabetes mellitus gestacional (THOMPSON-BRANCH, 2017).

O aparecimento dos sinais e sintomas relacionados a hipoglicemia pode ser uma evidência tardia de distúrbio metabólico e os sinais e sintomas não são característicos na maioria dos casos. Os mais comuns são a irritabilidade, recusa alimentar, sucção débil, letargia, apneia, hipotermia, cianose, instabilidade, vasomotora, dificuldade respiratória, convulsões mioclônicas ou multifocais e raramente coma. Em muitos casos os recém-nascidos são assintomáticos ou apresentam poucos sinais e sintomas, por isso necessitam de uma maior atenção em neonatos de maior risco. (THOMPSON-BRANCH, 2017).

1.7 Fatores de Risco

Segundo Garbers (2017) os fatores de risco materno são: diabetes gestacional ou pré-gestacional, administração de drogas na gestação (ex: terbutalina, clorpropamida, hipoglicemiantes orais e diuréticos tiazídicos); infusão intra-parto de dextrose; hipertensão e pré-eclâmpsia. Já os fatores de risco associados à origem neonatal são: prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, isquemia, sepse, PIG e grande para idade gestacional (GIG), hipotermia, policitemia, características sindrômicas (síndrome de Beckwith-Wiedemann), tumores produtores de insulina (nesidioblastose, adenoma ou dismaturidade das células de ilhota, erros inatos do metabolismo e eritroblastose fetal, gêmeos com diferença de peso superior a 10% — 25%; anoxia e acidose perinatal; hipóxia em razão de doença cardíaca ou pulmonar; neonatos chocados ou com hipoperfusão; neonatos com anemia grave; hematócrito maior que 70%; incompatibilidade sanguínea do sistema Rh; microcefalia; hiperbilirrubinemia persistente; desconforto respiratório; hepatomegalia; suspeita de infecção; defeito de fontanela anterior; onfalocele; macroglossia; e gigantismo. (GARBERS, 2017).

A hipoglicemia nem sempre se manifesta de forma sintomática. Em alguns casos que apresenta sinais de convulsão e apneia tem um maior risco cerebral, é importante a orientação da aferição rotineira dos níveis glicêmicos, feita de formas sistemáticas nos RN de risco a partir das primeiras horas de vida. É indispensável que toda equipe conheça os fatores de risco para hipoglicemia e ocorra intervenções segundo o conhecimento científico sobre o risco para hipoglicemia neonatal e os que são hipoglicêmicos em ambiente hospitalar (MARBA E FILHO, 2009).

1.8 Banco de Leite Humano

Os RNs a termo alimentados com leite materno têm menores concentrações de glicose plasmática, no entanto exibem altas concentrações de corpos cetônicos em relação aos alimentados com fórmula. Esses dados indicam que bebês amamentados com leite materno toleram concentrações mais baixas de glicose no plasma sem apresentar nenhuma manifestação clínica ou seqüela neurológica (SBP, 2014)

Cordero et al. (2013), relatam em seu estudo que a hipoglicemia em RN nascidos de mães diabéticas o leite materno ou o uso de fórmula ainda é a melhor forma para prevenção da hipoglicemia e redução do tempo de internação em UTI (Unidade de terapia intensiva). Reforçam ainda que a hipoglicemia está ligada à maior necessidade de complemento, já que, no momento da alta, apenas 23% das crianças foram amamentadas exclusivamente, enquanto 56% estavam usando fórmula.

Os Bancos de Leite simbolizam um recurso comprovado para os lactentes que não tem acesso ao aleitamento ao peito e dependem de leite humano para sua nutrição. Durante muito tempo ficou desconhecido os benefícios da amamentação para o binômio. Atualmente são reconhecidos os diversos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos da amamentação. Em 1905, Morse já alertava sobre os nutrientes necessários para RNs e referiu que o melhor alimento é o leite humano. As políticas direcionadas para este fim concebem as seguintes estratégias: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Proteção Legal ao Aleitamento Materno, Mobilização Social, Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno (BRASIL, 2015).

De acordo com a OMS, o leite humano é definido como o alimento mais completo para a criança. O recomendado é que o aleitamento materno exclusivo seja realizado até os 6 meses de idade, e a partir de então, complementado até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2015)

O leite humano é a primeira opção para alimentação de recém-nascidos, visto que sua importância é plenamente conhecida e oferece ao lactente benefícios fisiológicos com adequadas quantidades de nutrientes, possibilita aproximação e fortalecimento de vínculo entre mãe e filho, uma vez que o ato de amamentar é um momento de entrega (DUNCAN, 2014)

A interrupção do aleitamento materno exclusivo em muitos hospitais têm sido uma das preocupações relacionadas à hipoglicemia neonatal devido ao uso de soro glicosado. Na maioria dos casos esta situação se dá nas primeiras horas enquanto o organismo se adapta com a vida extrauterina. O Aleitamento precoce atende

às necessidades nutricionais sendo dispensável outras fontes alimentares (MAIA, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

A hipoglicemia é o distúrbio metabólico mais comum no período neonatal e pode ser considerado um evento potencialmente prevenível de lesão neurológica no RN. Apesar de sua relevância na assistência neonatal, o diagnóstico e a abordagem terapêutica da hipoglicemia permanecem um grande desafio na prática clínica, visto que há grande controvérsia na literatura a respeito da sua definição e dos critérios para tratamento. Faltam trabalhos na literatura com embasamento científico, com isso o resultado é a falta de padronização no tratamento e seguimento dos recém-nascidos com hipoglicemia, diagnósticos e tratamento são feitos baseados em valores muito diversos. Diante disso, o estudo tem a finalidade de contribuir para o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da temática proposta e conhecer a assistência de enfermagem oferecida a recém-nascidos com hipoglicemia, com questionamentos de como a equipe de enfermagem atua frente às intercorrências neonatais.

3. OBJETIVO

Realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da atuação do enfermeiro diante do neonato com hipoglicemia.

4. MATERIAL E MÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura. As revisões de literatura possuem a intenção de reunir conhecimentos sobre determinado assunto, além de resumir uma gama de publicações científicas, proporcionando aos leitores a compreensão atual sobre a temática. A revisão narrativa permite que determinado assunto seja descrito do ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007). Para o levantamento bibliográfico, foram designadas as bases de dados Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Pubmed; Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem online (MedLine). A pesquisa foi realizada utilizando os descritores consultados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): cuidados de enfermagem, recém-Nascido, hipoglicemia e neonato conectados pelo operador “and”, disponíveis na íntegra nos idiomas inglês, espanhol ou português e que respondessem à questão de pesquisa. A partir disso, foram levantados todos os trabalhos disponíveis em textos completos indexados nas bases de dados supracitadas.

Foram elencados como critérios de inclusão dessa pesquisa estudos que abordem a temática, artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, artigos disponibilizados na íntegra gratuitamente e com data de publicação nos últimos dez anos (entre 2012 a 2022). As questões norteadoras foram elaboradas para busca das produções bibliográficas: **O que tem sido produzido, na literatura (inter)nacional, sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido com hipoglicemia?”**

Os critérios de exclusão adotados nesta pesquisa foram estudos de revisão sistemática descritivos e qualitativos, opinião de autoridades, relatórios de comitês de especialidades e editoriais

Para construção desse estudo, a revisão de literatura passará por diferentes etapas: escolha do banco de dados, seleção das palavras chave, critérios para escolha dos artigos, busca dos artigos, análise dos dados encontrados. Assim, procurou-se identificar o objetivo, desenho e resultados e sua semelhança com a questão apresentada no presente estudo.

Para a seleção dos artigos realizou-se a leitura do resumo das publicações, atentando para a temática abordada. A seleção dos artigos adotou as seguintes

etapas: primeira com leitura dos títulos, no qual foram excluídos os artigos cujo título não apresentasse afinidade com a temática aqui abordada; na segunda etapa foram interpretados os resumos dos artigos selecionados a partir do título e por fim, na terceira e última etapa, buscou-se os documentos escritos e disponíveis na íntegra. Na primeira busca nas bases de dados foram encontradas 40 publicações e após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 24 por apresentarem repetições e não apresentarem relevância ao trabalho proposto. Desses, 16 artigos responderam à pergunta norteadora desta pesquisa, os quais foram objeto de estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados parciais desta pesquisa, a hipoglicemia neonatal é um tema que requer atenção da equipe de enfermagem, pois, dependendo da sua gravidade pode acarretar danos neurológicos e até mesmo aumentar as taxas de morbimortalidade. Cabe a enfermagem realizar um exame físico com atenção em sinais de comprometimento de órgãos ou sistemas que possam estar associados à crise de hipoglicemia. Essas são ações que irão contribuir para estabelecer Diagnósticos de Enfermagem e nortear o trabalho de toda a equipe que está prestando assistência a esses RN (SBP, 2017). O enfermeiro deve estabelecer intervenções priorizando situações de risco ou predisposição ao comportamento da saúde do recém-nascido.

Diante disso, se faz necessária uma atenção humanizada e qualificada ao RN. No Brasil, a atenção humanizada ao RN se dá por meio de condutas acolhedoras e o Método Canguru é um modelo de atenção perinatal que tem o objetivo de humanizar o atendimento com estratégias de qualificar a assistência com o acolhimento ao recém-nascido e sua família, abrangendo a clínica ampliada e ambiência. O método tem o intuito de proporcionar a participação dos pais e família nos cuidados do RN envolvendo o contato pele a pele de forma precoce (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde em 2002 lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso que é Método Mãe-Canguru (MMC), como política pública. O MMC é um modelo em assistência neonatal que prevê o contato pele a

pele imediato, o contato deve ser de forma que ambos se sintam confortáveis, permitindo a maior participação dos pais e família nos primeiros cuidados ao neonato. O contato pele a pele auxilia no desenvolvimento físico e emocional do bebê, reduzindo o estresse e o choro ajudando a estabilizar os batimentos cardíacos, a oxigenação e a temperatura do corpo, esse contato possibilita que ele lembre o som do coração materno o que transmite a calma e sentimento de segurança, diminuindo risco de infecção cruzada e promovendo o afeto entre ambos (BRASIL,2002).

O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) surgiu em 2001, vem com a necessidade de aprimorar o contato profissional com o usuário e do hospital com seu cliente. De forma mais abrangente a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o intuito de redesenhar e vincular as práticas de humanização do SUS, possibilitando superar os desafios do atendimento humanizado quanto à qualidade e à dignidade no cuidado à saúde. A humanização da assistência envolve mudanças nas atitudes e rotinas com propósito de tornar o momento menos medicamentoso, por meio do uso de práticas que garantem integridade física e psíquica considerando que este ser frágil está passando pelo processo de mudanças da vida extra-uterina (BRASIL, 2017)

Alguns autores especificam as etapas do MMC, são três etapas realizadas na aplicação do método. A primeira é o período de adaptação, estabilidade do quadro clínico e orientação dos pais. A Segunda etapa consiste no acompanhamento contínuo do bebê pela mãe, em posição canguru e a última etapa não menos importante compete ao ambulatório de acompanhamento, após alta para avaliar os benefícios e situações de risco (CARVALHO,2002). Para isto requer que a equipe de enfermagem tenha uma atenção especial frente aos riscos e agravos (OLIVEIRA, 2013).

Marba e filho (2009) trazem que a prevenção de hipoglicemia pode ser feita por controle térmico, monitorização adequada e início precoce do aleitamento. Algumas medidas de prevenção da hipoglicemia é a introdução precoce do leite materno e/ou leite humano pasteurizado de banco de leite humano. Em situações que a quantidade do leite não é suficiente para as necessidades ou até mesmo a impossibilidade de alimentação por via digestiva, é recomendado a nutrição parenteral precoce com glicose com a taxa de infusão entre 4 e 5,5 mg/kg/min e

quando estabilizado os níveis glicêmicos e tendo um aumento da alimentação pela via digestiva esta infusão deve ser gradualmente retirado (GARBERS, 2017).

Para Oliveira; Souza; Silva (2013), quando a manutenção dos níveis glicêmicos não são adequados e a hipoglicemia não é tratada pode acarretar em consequências severas ao RN, como convulsões, apnéia, ter um maior risco de lesão cerebral.

Quando se realiza o monitoramento de glicose em todos os RNs é possível prevenir e proteger dos agravos (BARBOSA et al., 2014).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Adauto ET AL. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria: **Hipoglicemia no período neonatal**. Dezembro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p. : il.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Hipoglicemia no período neonatal**. 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 08 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais**. v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=26350.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, método canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002

BERKENBAUGH JT, Wright CM. Glucose homeostasis. In: **Merenstein GB, Gardner SL. Handbook of neonatal intensive care.** St. Louis: Mosby; 1993. p. 171-82

CARVALHO MR, Tamez RN. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

CORNBLATH M, Ichord R. Hypoglycemia in the neonate. **Semin Perinatol.** 2000;24(2):136-49.

DUNCAN, M. S.; FONTENELLE, L. F.; NORMAN, A. H.. **Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno em 2014.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 9, n. 33, p. 315–316, 2014.

FREITAS, Patrícia de. **Prevalência e fatores associados à hipoglicemia transitória em recém-nascidos internados no Hospital Amigo da Criança.** / Patrícia de Freitas. – São Paulo, 2009. 96 p

GARBERS RI – **Doenças Frequentes do Recém-Nascido – distúrbios metabólicos.** Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, vol.2 (4.2), 4ª ed, Barueri, SP: Manole, 2017

GUYTON, A.C. e Hall J.E. -- **Tratado de Fisiologia Médica.** Editora Elsevier. 13ª ed., 1984.

MAIA, F. E. da S.; ALMEIDA, J. R. de S.; PACHECO, A. V. da S. de M.; OLIVEIRA, L. B. de. A importância do banco de leite humano: **um relato de caso em Mossoró - RN.** **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba,** [S. l.], v. 16, n. 4, p. 188–192, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/19898>. Acesso em: 15 mar. 2022.

MARBA, Sérgio Tadeu Martins; FILHO, Francisco Mezzacappa. **Manual de Neonatologia: Unicamp:** Caism – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Revinter,2009

MORSE JL. **The care and feeding of premature infants.** Am J Obstet Dis Women Child 1905;4:589-99.

OLIVEIRA, Samara Isabela Maia de; SOUZA, Nilba Lima de; Silva, Rhuanna Karenina Costa. **Diagnóstico de enfermagem em recém-nascido com alterações glicêmicas.** Cogitare Enferm, v. 18, n.4, p:702-8, 2013

ROTHER E T. Revisão sistemática X revisão narrativa [Editorial] **.Acta Paulista de Enfermagem [online],** São Paulo. 2007 Jun; 20(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf> .Acesso em: 25 jul. 2013.

SILVA, Stella Marys. **Características dos recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1.500 e sepse neonatal tardia.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014

SPERLING, M. A. **Pediatric endocrinologia.** 3. ed. Filadélfia: Elsevier, 2008. 912 p. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Hipoglicemia no período neonatal.** Diretrizes SBP, 2015

THOMPSON-BRANCH A, Havranek T. **Neonatal Hypoglycemia.** *Pediatr Rev.* 2017 Apr;38(4):147-157. doi: 10.1542/pir.2016-0063. PMID: 28364046.

WILKER RE. **Hipoglicemia e hiperglicemia.** In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Start AR. Manual de neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 487-96.

WORLD Health Organization (WHO). **Hypoglycemia of the newborn: review of the literature.** Geneva: WHO; 1997.

**INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA: precepção dos profissionais de saúde**

Pedro Ventura da Silva
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
pedroventuradasilva@gmail.com

Lívia Maria Lopes Gazaffi
Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Docente dos cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem - Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

A revolução científica, a industrialização e a expansão das populações urbanas no final do século XIX contribuíram para questionamentos sobre a prática da medicina. O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos (EUA), foi uma tentativa de ajustar a formação médica às necessidades dos serviços de saúde da época. Esse documento influenciou o ensino e a prática médica nos EUA e no mundo até os dias de hoje (ALBUQUERQUE et al, 2008; BULCÃO, EL-KAREH & SAVD, 2007).

Apesar dos inegáveis avanços para a formação médica e do desenvolvimento científico e técnico, a visão positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde (RODRIGUEZ, NETO & BERENS, 2004). Nesse contexto, apresenta-se a necessidade de deslocar o enfoque hospitalar para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e valorizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças, e o trabalho interprofissional. Estas necessidades fizeram com que as escolas médicas precisassem adequar os projetos pedagógicos institucionais (CONILL, 2008; IRBY, 1994).

A APS no Brasil está organizada como modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que a coloca como cenário da APS na formação médica (ROQUETE, 2001; CAMPOS, 2005). O Projeto Cinaem, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), diagnosticou problemas no processo de formação médica na década de 1990. Para resolver estes e outros problemas, foram incorporadas novas metodologias de ensino, como a *Problem Based Learning* (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas, que começou a ser implantada no Brasil em 1997. Mais recentemente, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) impulsionaram mudanças no ensino médico brasileiro (COSTA, 2007; GOULART et al, 2009).

Muitas escolas médicas brasileiras já apresentam mudanças curriculares no sentido de promover o desenvolvimento de profissionais capazes de atuar integralmente na vigilância à saúde e mais familiarizados com os principais problemas de saúde (CALDEIRA, LEITE & RODRIGUES-NETO, 2011). Estas mudanças referem-se ao emprego de metodologias ativas, centradas no estudante e baseadas nas necessidades de saúde da população, com a inserção dos estudantes em Equipes de Saúde da Família (ESF) desde o início do curso e por maior período. Dentre as escolas médicas que formam novos médicos baseados no currículo integrado encontra-se o Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), instituição em que esta pesquisa será desenvolvida. Nela, os estudantes são inseridos desde o primeiro período nos serviços de APS, durante quatro horas semanais.

Diante desta realidade, pressupõe-se que a inserção de estudantes do curso médico nos serviços de APS possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe (IRBY, 1994; SMITH, YONG & KELLER, 2002).

Diante das necessidades da população, das diretrizes curriculares nacionais e de movimentos de mudança na formação médica, como o Promed, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, para reorganização curricular com a inserção dos estudantes no cenário

da APS e as mudanças ocorridas em cursos médicos brasileiros, torna-se importante avaliar a influência dos estudantes nos serviços da APS na ótica dos atores envolvidos.

2. OBJETIVO

Verificar a percepção dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de APS sobre a inserção dos estudantes de Medicina nestes serviços no município de Franca-SP, identificando as fortalezas e os desafios da presença destes estudantes no cenário da APS para a população, para o serviço de saúde, para os profissionais e para a formação médica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para subsidiar a próxima etapa do projeto, pesquisa analítica e de campo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura permite a compreensão do “estado da arte” de um tema-assunto, e por meio de suas fases constitutivas, a produção de uma pesquisa de caráter qualitativo que possibilita unir e discutir a literatura empírica e teórica, possibilitando aos autores-pesquisadores identificar tendências e evidências que justificam e/ou fundamentam seu estudo (TEIXEIRA *et al.*, 2014). É o tipo mais amplo de métodos de revisão de pesquisa, permitindo a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais, a fim de entender melhor um fenômeno preocupante (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Esta revisão foi realizada em etapas, adaptadas do modelo de Whittemore e Knafl (2005): Identificação do problema; Pesquisa de literatura; Análise de dados e Conclusão, descritas a seguir.

Etapa de identificação do problema - O estágio inicial de qualquer método de revisão consiste na identificação clara do problema que a revisão está abordando e o objetivo da revisão. Dessa forma, foram determinadas as variáveis de interesse (ou seja, conceitos, população-alvo, problema de saúde). Assim, considerando a estratégia PICO, com o P (população) referindo-se aos estudantes de medicina, o I (intervenção) sobre a percepção dos profissionais de saúde e o Co (contexto) relacionando-se à APS (JOANNA BRIGGS, 2014), esta pesquisa teve como pergunta norteadora: “Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a inserção dos estudantes de medicina no estágio curricular, em especial na Atenção Primária em Saúde?”

Etapa de pesquisa de literatura - Foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

As buscas ocorreram no segundo semestre de 2021 e a seleção dos artigos foi realizada pelo aplicativo Rayyan, um aplicativo gratuito para web e celular, que ajuda a agilizar a triagem de resumos e títulos usando um processo de semiautomação, enquanto incorpora um alto nível de usabilidade. O aplicativo tem se mostrado muito útil (OUZZANI *et al.*, 2016), especificamente direcionado para o acordo inter-juízes numa revisão sistemática de literatura. Aceita a importação de referências em vários formatos e permite ainda a condução de revisão simultânea por mais de um investigador (CAMILO; GARRIDO, 2019). A análise dos artigos foi realizada por pares e os possíveis desempates, por uma terceira pessoa. Os resultados das buscas estão sintetizados na tabela a seguir.

Tabela 1: Resultados das estratégias de buscas nas bases de dados, Franca, 2021.

Base	Estratégia	Resultado	Filtros utilizados
BVS	((("Medical Students" OR "Medical Student" OR "Medical Education") OR ("Estudantes de medicina" OR "Estudante de medicina" OR "Educação Médica")) AND ((Learning OR "Social Learning" OR "Clinical Clerkship") OR (Aprendizagem OR "Aprendizado Social" OR "Estágio Clínico")) AND (("Social Interaction" OR Perception OR "Social Perception") OR ("Interação Social" OR Percepção OR "Percepção Social")) AND ((("Health Professions" OR "Health Profession" OR "Health Personnel") OR ("Profissionais de Saúde" OR "Profissional de saúde" OR "Pessoal de Saúde")) AND ((("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Family Health" OR "Public Health") OR ("Atenção Primária à Saúde" OR "Saúde da Família" OR "Saúde Pública"))))	328	Nos últimos 10 anos; texto completo disponível
PUBMED	((("Medical Students" OR "Medical Student" OR "Medical Education") AND (Learning[MeSH Terms] OR "Social Learning"[MeSH Terms] OR "Clinical Clerkship"[MeSH Terms])) AND ("Social Interaction"[MeSH Terms] OR Perception OR "Social Perception")) AND ("Health Professions" OR "Health Profession" OR "Health Personnel")) AND ("Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Family Health"[MeSH Terms] OR "Public Health"[MeSH Terms])	162	Dos últimos 10 anos
Total		490	

Fonte: Próprio Estudo

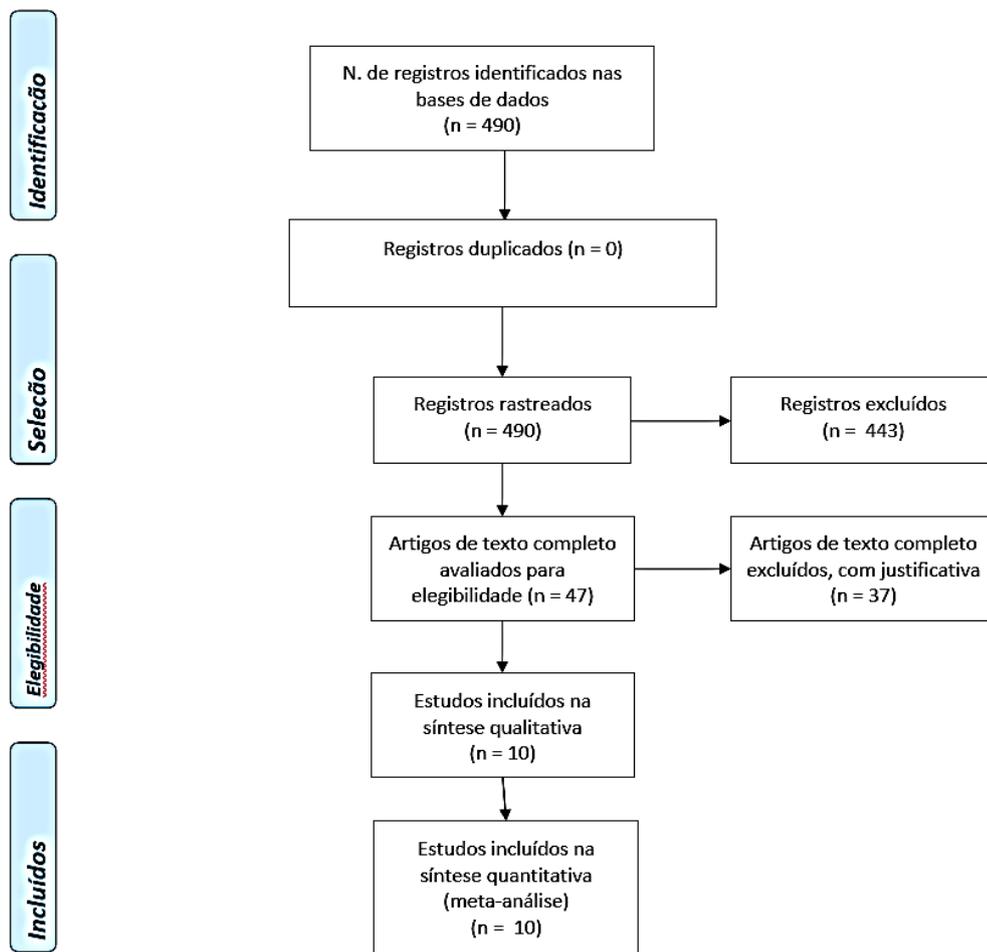
Foram critérios de seleção: artigos científicos que respondessem à questão norteadora deste estudo. Foram critérios da busca artigos publicados em até 10

anos e que os textos estivessem disponíveis na íntegra. Não houve restrições quanto ao idioma, com o propósito de abranger o maior número de artigos possíveis, podendo responder à pergunta norteadora com alta fidedignidade. Foram excluídas revisões de literatura, trabalhos apresentados em congressos, teses e dissertações, cartas e editoriais.

Todos os textos encontrados a partir desses critérios fizeram parte dessa busca. Inicialmente, foram obtidos 490 artigos, não houve nenhum duplicado. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 443 artigos, sendo incluídos 47 artigos, que foram lidos na íntegra. Destes, 34 documentos foram excluídos, pois não respondiam à pergunta norteadora do estudo; Assim, 10 artigos foram incluídos neste estudo.

O Fluxograma Prisma foi adaptado do modelo de Galvão, Pansani e Harrad (2015) e sintetiza as fases da revisão. Ressalta-se que foram realizadas adaptações por esse estudo ser uma revisão integrativa da literatura e não sistemática.

Figura 1: Fluxograma Prisma, que sintetiza as fases do estudo



Estágio de análise de dados - os 10 artigos selecionados neste estudo foram listados e analisados, de acordo com referência, país, idioma, ano de publicação e objetivo. Esta análise pode ser vista nos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 2: Artigos incluídos no estudo, segundo título, país de origem, idioma e objetivo.

Citação do artigo	Título	País do artigo ou autores	Idioma	Objetivo
(ANSELL; READ; BRYCE, 2020)	Challenges to well-being for general practice trainee doctors: a qualitative study of their experiences and coping strategies	Inglaterra	Inglês	Identificar os desafios ao bem-estar vividos por estagiários de pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade e explorar como os estagiários respondem a esses desafios.
(CHINI; OSIS; AMARAL, 2018)	A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras	Brasil	Português	Conhecer a inserção dos estudantes na comunidade das escolas médicas brasileiras e como essas escolas estão realizando a integração curricular dos conteúdos básicos ao clínico, por meio de casos clínicos vivenciados da atenção primária à saúde.
(HUR; AR; CJ, 2017)	Medical students' and patients' perceptions of	Coreia do Sul	Inglês	Analisar a extensão da lacuna entre as avaliações dos pacientes sobre a

	patient-centred attitude			atitude centrada no paciente dos estudantes de medicina e as autoavaliações dos estudantes de medicina, e discutir as ações preliminares para construir relações médico-paciente mais adequadas.
(BUTTERWORTH <i>et al.</i> , 2018)	A clinical nursing rotation transforms medical students' interprofessional attitudes	Nepal	Inglês	Explorar até que ponto uma rotação em enfermarias de uma semana para estudantes de medicina mudou as atitudes interprofissionais das enfermeiras e estudantes participantes.
(MC <i>et al.</i> , 2019)	Enhancing learning in longitudinal clinical placements in community primary care clinics: undergraduate medical students' voices	Botsuana	Inglês	Explorar as percepções dos estudantes de medicina sobre suas experiências de aprendizagem em estágios longitudinais em clínicas de atenção primária.
(BOSSÉ; WOOLCOTT; COOLEN, 2019)	Barriers Preventing Medical Students From Performing Pelvic Examinations During Obstetrics	Canadá	Inglês	Identificar as barreiras que impedem os estudantes de medicina de realizar exames pélvicos durante seus estágios clínicos de obstetrícia e ginecologia e comparar a visão de

	and Gynaecology Clinical Clerkship Rotations			professores, residentes, enfermeiras e estudantes sobre barreiras percebidas.
(SALMINEN; ÖHMAN; STENFORS- HAYES, 2016)	Medical students' feedback regarding their clinical learning environment in primary healthcare: a qualitative study	Suécia	Inglês	Explorar as percepções de estudantes de medicina sobre o ambiente de aprendizagem clínica na APS e como elas variam com o estágio de ensino.
(BARTLETT <i>et al.</i> , 2016)	Teaching undergraduate students in rural general practice: an evaluation of a new rural campus in England	Reino Unido	Inglês	Avaliar o ensino rural sob a perspectiva de quatro grupos: pacientes, tutores de clínica geral, funcionários de hospitais comunitários e alunos.
(PARTANEN <i>et al.</i> , 2016)	Is three a crowd? Impact of the presence of a medical student in the general practice consultation	Austrália	Inglês	Determinar o impacto da presença de um estudante de medicina na satisfação e no processo da consulta de clínica geral na perspectiva do clínico geral (GP), paciente e estudante.
(MR; DINH, 2017)	Meeting the demand of the future: a curriculum to stimulate interest in careers in primary care internal medicine	Estados Unidos da América	Inglês	Avaliar se um Estágio de Atenção Primária dentro do estágio de Medicina pode melhorar significativamente as atitudes dos alunos, analisando as pontuações nos pré e pós-testes.

Fonte: Próprio estudo

Da análise dos artigos, emergiram três categorias:

I - O contexto de realização do estágio curricular em medicina;

II- Percepções da equipe de saúde, pacientes e alunos em relação ao estágio curricular

III - Desafios para a atuação e bem-estar do estudante de medicina durante o estágio curricular.

A seguir será discutido tais categorias a luz da leitura dos artigos selecionados.

I - O contexto de realização do estágio curricular em medicina

Os Cursos de Medicina seguem Diretrizes Curriculares que visam a formação e educação profissional, a partir da integração com os serviços de saúde e com o compromisso de oferecer um cuidado cada vez mais centrado no usuário (CHINI et al., 2018; ANSELL et al., 2020). Os estágios são, portanto, parte integral do treinamento e visam construir uma ponte entre o aprendizado na sala de aula e a vida real dos serviços de saúde (MOLWANTWA et al., 2019). Ainda, estágios na APS oferecem aos alunos possibilidades de contatos diversas com pacientes, o que se torna um fator motivador para o aprendizado (SALMINEN et al., 2016; HAWTHORNE, DINH, 2017). Maximizar a exposição dos alunos à APS é importante para que países orientados à atenção primária possam atingir melhores níveis de saúde e maior satisfação com relação aos serviços de saúde pela população (PARTANEN et al., 2016).

No âmbito da APS e seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o perfil do profissional de saúde no Brasil integra o compromisso com a equidade, universalidade e integralidade do cuidado. Nesse contexto, as escolas médicas assumem um compromisso de treinamento dos estudantes na APS, de forma integrada ao sistema de saúde e com base nos princípios da educação interprofissional. Sendo assim, visa-se construir propostas curriculares para a inserção dos estudantes em situações reais, que favoreçam a articulação da teoria com a prática, utilizando predominantemente cenários de aprendizagem fora da sala de aula. No Brasil, o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) está sendo usado

como estratégia pedagógica que aproxima o estudante da realidade, possibilitando que desenvolva competências em promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando aspectos biopsicossociais e econômicos da saúde. Estudo desenvolvido com a participação de 108 coordenadores de cursos de medicina demonstrou sua concordância (71%) com a ideia de que as atividades na comunidade aumentam a responsabilidade social dos egressos (CHINI et al., 2018).

É importante ressaltar também que o fortalecimento da colaboração interprofissional na prática clínica representa estratégia fundamental para lidar com a natureza complexa das necessidades de saúde da população, com base no trabalho dos profissionais com os outros profissionais (PAZ-LOURIDO, KUISMA, 2013). Nesse cenário, o desenvolvimento de relações interprofissionais saudáveis é vital para o cuidado efetivo da equipe e na redução de erros médicos. O aprendizado interprofissional se embasa na premissa da necessidade de fortalecimento da prática colaborativa, que ocorre quando “dois ou mais profissionais da saúde se inserem em um aprendizado com, a partir e sobre cada um”. Sendo assim, a escolha do tipo de aprendizagem profissional é crítica para alunos de cursos de graduação na área da saúde. Nesse sentido, foi desenvolvido estudo com foco em uma intervenção de uma semana, em que alunos do terceiro ano do curso de medicina participaram do turno de enfermagem, antes de sua prática clínica. O objetivo central desta experiência era o de que compreendessem o papel da enfermagem no cuidado à saúde. Os dados foram coletados antes e após a intervenção e exploraram o impacto desta intervenção nas atitudes dos alunos e no conhecimento sobre as funções da enfermagem. Os resultados sobre as percepções dos alunos antes e depois do estágio podem ser descritos como: a visão sobre os enfermeiros se transformou de “um trabalho para os médicos e com o paciente”, para “um trabalho com os médicos e para os pacientes”. Observou-se, portanto, a compreensão dos alunos com relação ao papel profissional independente da enfermagem. Em suma, o estudo demonstra que a colaboração interprofissional deve se embasar na vontade dos profissionais de compartilharem seu conhecimento específico com o outro, ao mesmo tempo em que se reconhece e respeita o conhecimento dos outros profissionais (BUTTERWORTH et al., 2018). Dessa forma, é também fundamental valorizar na formação dos alunos de medicina o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em grupo (BIESMA et al., 2019).

Entre os modelos teóricos para o estágio de alunos de medicina, há alguns que se embasam no aprendizado com foco na experiência, que ocorre em quatro fases: experiência concreta, observação refletida, conceitualização abstrata e experimentação ativa. Esse modelo extrapola as experiências dos alunos por meio de sua interpretação a partir do ambiente externo, construindo significados individuais e considerando suas crenças e valores pessoais. As percepções dos alunos são, portanto, influenciadas pelas interações sociais e a cultura dos ambientes de estágio, já que os alunos se tornam parte de uma comunidade de prática, adquirindo competências e se sentindo legitimamente envolvidos nos procedimentos. Fundamentados neste modelo de aprendizagem longitudinal, pesquisa relatada e desenvolvida em Botsuana, utilizando métodos mistos, apresentou como objetivo explorar as percepções dos alunos sobre o seu aprendizado em serviços de atenção primária. Os resultados demonstraram a satisfação da maioria dos alunos com relação ao seu aprendizado, assim como a percepção de que o processo é mais efetivo com o esforço dos profissionais de saúde em auxiliá-los no desenvolvimento de habilidades clínicas. Nesse sentido, os participantes destacaram a comunicação com os profissionais de saúde como sendo chave para a organização dos estágios, além da disponibilidade, nível de engajamento com os alunos e a advocacia visando mais oportunidades de aprendizado (MOLWANTWA et al., 2019; HUR et al., 2017).

Observa-se, assim, que o feedback constitui aspecto vital na experiência de aprendizado, facilitando o crescimento do aluno, a partir de uma perspectiva motivacional e encorajadora. Dentre os aspectos que contribuem para que o feedback não seja efetivo, os participantes mencionaram a tensão enfrentada pelos profissionais de saúde para equilibrar o oferecimento do cuidado com suas responsabilidades acadêmicas. Esta situação é ainda mais problemática em países em desenvolvimento, onde o número de profissionais de saúde por paciente é menor. Visando lidar com esta situação, é importante investir em programas de desenvolvimento profissional para profissionais de saúde que trabalham com os alunos em campos de estágio clínico (MOLWANTWA et al., 2019).

Nesse cenário, estudos reforçam a relevância do cuidado centrado no paciente e o interesse nos estilos de comunicação entre médicos e pacientes. A atitude do médico e o fortalecimento da comunicação alteram o foco da doença para

o cuidado, a satisfação do paciente, aderência ao tratamento e outros resultados clínicos (WENG et al., 2011; HUR et al., 2017). Pesquisa desenvolvida na Coreia do Sul com pacientes de APS e alunos de medicina demonstrou que os estudantes tinham uma atitude mais centrada no paciente que os próprios pacientes. Os pacientes geralmente buscam obter mais informações durante a consulta e discutirem suas doenças e tratamentos com os médicos. Nesse sentido, possuem uma avaliação mais positiva quando conseguem estabelecer uma relação de empatia com os médicos e alunos em estágio curricular (HUR et al., 2017).

Pesquisa desenvolvida na Suécia com alunos de medicina sobre sua experiência de aprendizado na APS reforça que, durante o estágio, os alunos adquirem novos conhecimentos em ambientes que são relevantes e nos quais atuarão no futuro, construindo referências a partir de interações sociais e tornando seu aprendizado coerente. Os resultados demonstraram dois temas centrais: “o supervisor como fator central na determinação do significado para o estágio em todas as etapas da aprendizagem” e “pré-requisitos básicos para o aprendizado clínico envolvem um papel ativo em um contexto autêntico de clínica e poder trabalhar de forma independente com os pacientes”. Os dados revelaram ainda o quão importante era para os alunos dos últimos semestres terem autonomia para trabalhar mais e de forma independente, em um ambiente seguro e com feedback construtivo de seus supervisores. Ainda, o envolvimento de todo o grupo de profissionais com os alunos aumentava consideravelmente a sua satisfação com o estágio, permitindo que se sentissem pertencentes e parte do ambiente de trabalho. Mesmo que tivessem um bom supervisor, esta pessoa sozinha não conseguiria criar uma boa atmosfera no contexto da APS, o que requer a participação de toda a equipe (SALMINEN et al., 2016).

II - Percepções da equipe de saúde, pacientes e alunos em relação ao estágio curricular

Os médicos generalistas são o primeiro ponto de contato das pessoas que buscam o cuidado à saúde na maioria dos países, responsabilizando-se pela coordenação e continuidade do cuidado. Estudo demonstrou, com base na visão de médicos generalistas, que, apesar de o ensino melhorar o trabalho em grupo, a supervisão de alunos impacta negativamente a produtividade e soma ao trabalho

várias pressões. Diferentes pesquisas revelam que supervisionar alunos consome muito o tempo, mas esses achados não são conclusivos, pois dependem do contexto clínico e localização geográfica. Ainda, os dados de pesquisas destacam que a dinâmica e o conteúdo da consulta se modifica quando há a presença de um estudante em estágio. Já na perspectiva dos pacientes, a literatura sugere que, apesar de serem de forma geral apoiadores de alunos estarem presentes em consultas, há uma proporção de pacientes que têm preocupações. Muitos pacientes acreditam que possuem um papel importante no aprendizado dos alunos, especialmente em um contexto de cuidado centrado no usuário (PARTANEN et al., 2016).

Nessa perspectiva, estudo desenvolvido na Austrália apresentou como objetivo explorar no contexto rural: a. experiências dos pacientes e satisfação com a consulta, b. a satisfação dos médicos generalistas com sua habilidade de conduzir a consulta de forma efetiva, envolvendo alunos e c. a perspectiva dos alunos sobre o impacto da sua presença e o processo de aprendizado (PARTANEN et al., 2016). Há um aumento de estudos publicados descrevendo o ensino médico rural como parte de uma estratégia para lidar com a ausência de médicos em clínicas rurais (BARTLETT et al., 2016). Os resultados demonstraram que não houve mudança na duração da consulta com ou sem o aluno. Os médicos também não reportaram sentir qualquer tipo de desconforto do paciente em razão da presença do aluno. Para os médicos, o ensino não impactou sua habilidade de lidar com os problemas relatados pelos pacientes. O envolvimento dos alunos de medicina nas consultas variou: alguns informaram não terem sido envolvidos na anamnese (29%) ou em examinar o paciente (19%). Somente 11% consultaram o paciente sem a presença do médico generalista. Nessas situações, os alunos relataram confiança em realizarem a consulta. No que diz respeito ao aprendizado, 84% das consultas foram satisfatórias. A maioria dos alunos (85%) não sentiu que os pacientes tiveram problemas com a sua presença. Em suma, os resultados reforçam que, em contextos rurais, a presença do aluno de medicina não impacta negativamente a satisfação do paciente. Os médicos generalistas sentem que conseguem lidar com suas responsabilidades de ensino e cuidado ao paciente e os alunos estão satisfeitos com sua experiência de aprendizado (PARTANEN et al., 2016). Os pacientes também não se importam em ter os alunos envolvidos em suas consultas

e consideram essas experiências positivas, pois conseguem uma segunda opinião e uma avaliação mais detalhada de sua condição de saúde (HUDSON et al. 2010, PARTANEN et al., 2016).

Pesquisa desenvolvida com alunos, pacientes e tutores, com dados coletados por meio de grupos focais, buscou avaliar sua experiência de cuidado em um campus rural de uma Escola de Medicina localizada na Inglaterra. De forma geral, os pacientes se sentiam muito confortáveis com alunos em suas consultas, e acreditavam que poderiam colaborar com o seu aprendizado. Foram apontados como problemas questões de confidencialidade, inibição e falta de atenção, assim como o aumento do tempo das consultas e de espera. Para os tutores, a presença de alunos impactava a prática, com um aumento da carga de trabalho para os médicos (a supervisão leva a consultas mais longas e, portanto, menos consultas, o que afeta o número de consultas do próximo dia), assim como a prática de toda a equipe (tempo para garantir o consentimento do paciente quanto à presença do aluno e tarefas administrativas). Contudo, a maioria acreditava que esses efeitos eram mitigados pelo trabalho em grupo e os benefícios de terem os alunos na prática (contribuição para o próprio conhecimento e habilidades dos médicos). Para os médicos supervisores, a motivação primária era a de ter mais experiência com o ensino e o desejo altruísta de colaborar com o aprendizado dos alunos. Os benefícios para seu desenvolvimento pessoal e profissional descritos foram: fortalecimento do conhecimento e de habilidades, assim como melhora de seu desenvolvimento como médico e professor. Segundo os médicos, os pacientes se sentiam mais confiantes com a presença dos alunos, uma vez que tinham duas opiniões ao invés de somente uma. De acordo com os médicos, nesses cenários, os alunos têm experiências que podem influenciar suas escolhas futuras, impactando positivamente o recrutamento e retenção de médicos em áreas rurais. Já a equipe de saúde não se percebia como diretamente envolvida no ensino dos alunos, mas como um recurso a mais para eles, se necessário. Para os alunos, o isolamento e as viagens eram pontos negativos. Outrossim, o aprendizado e desenvolvimento pessoal foram muito positivos (BARTLETT et al., 2016).

Ainda na busca de compreender essas diferentes perspectivas sobre o estágio curricular, estudo apresentou como objetivo analisar o impacto do oferecimento de um estágio em APS para a formação de alunos do Curso de

Medicina de uma Universidade dos Estados Unidos. De forma geral, os alunos demonstraram satisfação em participar do estágio e também com os médicos supervisores, combinando a atenção primária com educação, administração e outras áreas de interesse. Os alunos mais velhos reconheceram, também, a importância da comunicação entre o médico da APS, com especialistas e de considerarem a APS como uma especialidade importante (HAWTHORNE, DINH, 2017).

III - Desafios para a atuação e bem-estar do estudante de medicina durante o estágio curricular

Na Inglaterra, o número de médicos aposentando precocemente vem crescendo nos últimos anos. Nesse contexto, resultados de pesquisas sobre o tema demonstraram que as pressões do trabalho e a dificuldade de equilíbrio entre a vida e o trabalho durante os estágios foram fatores que influenciaram as decisões sobre suas carreiras. Nessa perspectiva, estudos reforçam a importância de estágios com foco na resiliência como instrumento para a promoção de práticas sustentáveis futuras, assim como que auxiliem a retenção de médicos na força de trabalho em saúde. Por meio de grupos focais, o estudo buscou explorar os fatores que apoiam a habilidade de estudantes de medicina lidarem com desafios durante o estágio e residência. Os dados resultantes destacaram como desafios as relações disfuncionais com os colegas ou pacientes, pressão devido a carga de trabalho e a falta de apoio apropriado. Os estagiários também mencionaram como desafio as diferenças entre suas experiências em serviços de cuidado primário e secundário (ANSELL et al., 2020).

Dentre as barreiras observadas no estágio curricular em áreas específicas, estudo desenvolvido com estudantes de medicina, professores, residentes e enfermeiros do Canadá enfocou a realização do exame pélvico por alunos de medicina. Pesquisas prévias identificaram fatores relacionados aos alunos, professores e pacientes como barreiras para a realização do exame pélvico por estudantes de medicina durante os estágios clínicos, dentre elas: 1. Alunos: ansiedade e gênero, medo de machucar a paciente, não perceber fatores patológicos, e se sentir desconfortável em realizar o exame; 2. Professores: gênero; 3. Pacientes: desejo de privacidade, histórico prévio de abuso sexual, medo da dor, crenças culturais e religiosas. Participaram da pesquisa: 21 alunos de medicina, 18

residentes, 13 médicos e 15 enfermeiros. Os resultados demonstraram alto nível de participação dos alunos em exames pélvicos, com dados consistentes com outros estudos realizados na Austrália e Nova Zelândia. Além das barreiras previamente mencionadas e encontradas em pesquisas anteriores, os dados deste estudo incluíram os residentes como barreiras, especialmente por não terem tempo para ensinar e não oferecerem aos alunos oportunidades para realizar o exame. Ainda, os enfermeiros foram vistos como protetores dos pacientes e que consideram as atitudes dos alunos como critério para envolvê-los ou não nos exames pélvicos (BOSSÉ et al., 2019).

5- CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A revisão de literatura inicialmente desenvolvida apresentou elementos importantes para a compreensão do estágio curricular de alunos da medicina na APS, a partir da perspectiva de profissionais de saúde, especialmente médicos, mas também de alunos e pacientes.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S; GOMES, A. P; REZENDE, C. H. A; SAMPAIO, M. X; DIAS, O. V; LUGARINHO, R. M; A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Revista Brasileira Educação, v.32, n.3, p.356-62,2008.

ANSELL, Sarah; READ, James; BRYCE, Marie. Challenges to well-being for general practice trainee doctors: a qualitative study of their experiences and coping strategies. **Postgrad Med J**, ["Ansell S; Peninsula Postgraduate Medical Education School of Primary Care, Health Education England South West, Plymouth, UK.", "Read J; Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth, UK.", "Bryce M; Faculty of Health, University of Plymouth, Plymouth, UK marie.bryce@plymouth.ac.uk."], v. 96, n. 1136, p. 325–330, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-137076>

AQUINO, R. C. C.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, v.15, n.4, p.:679-84, 2006.

BARTLETT, M. *et al.* Teaching undergraduate students in rural general practice: an evaluation of a new rural campus in England. **Rural and remote health**, Australia, v. 16, n. 2, p. 3694, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27316380/>

BIESMA, R. *et al.* Peer assessment to improve medical student's contributions to team-based projects: randomised controlled trial and qualitative follow-up. **BMC medical education**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 371, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615489/>

BOSSÉ, J.; WOOLCOTT, C.; COOLEN, J. Barriers Preventing Medical Students From Performing Pelvic Examinations During Obstetrics and Gynaecology Clinical Clerkship Rotations. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC**, Netherlands, v. 41, n. 8, p. 1093–1098, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30803877/>

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*, v.14, n.2, p.469-87, 2007.

BUTTERWORTH, K. *et al.* A clinical nursing rotation transforms medical students' interprofessional attitudes. **PloS one**, [S. l.], v. 13, n. 5, p. e0197161, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29795598/>

CALDEIRA, E. S.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES-NETO, J. F. Estudantes de Medicina nos Serviços de Atenção Primária: Percepção dos Profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 7, p.:477-485, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica: diretrizes. Rio de Janeiro:ABEM; 2005. (Documento preliminar)

CHINI, Helena; OSIS, Maria José Duarte; AMARAL, Eliana. A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras. **Rev. bras. educ. méd**, [Chini, Helena; Instituto Federal do Sul de Minas. Muzambinho. BR", "Osis, Maria José Duarte; Universidade Estadual de Campinas. Campinas. BR", "Amaral, Eliana; Universidade Estadual de Campinas. Campinas. BR"], v. 42, n. 2, p. 45–53, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n.Sup1, p:7-27, 2008.

COSTA, N. M.S. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Rev Bras Educ Med*, v.31, n. 1, p. 21-30, 2007.

GOULART, L. M. H. F.; ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, A. S.; ABREU, D. M. X.; LEMOS, J. M. C.; MASOTE, A. W. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med*, v,33, n. 4, p. 606-14, 2009.

HUDSON, J.N.; WESTON, K.M., FARMER, E.E.; IVERS, R. G.; PEARSON, R. W. Are patients willing participants in the new wave of community-based medical education in regional and rural Australia? *Med J Aust*,;192 (3):150–3, 2010.

HUR, Y.; AR, Cho; CJ, Choi. **Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude.** [S. l.: s. n.] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28264552/>

IRBY, D. M.; Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med*, v.70, p. 898-931, 1995.

MC, Molwantwa *et al.* Enhancing learning in longitudinal clinical placements in community primary care clinics: undergraduate medical students' voices. **Education for primary care: an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors**, England, v. 30, n. 5, p. 301–308, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362601/>

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. *Rev Educ*, v.22, n. 37, p.:7-23, 1999.

MR, Hawthorne; DINH, A. Meeting the demand of the future: a curriculum to stimulate interest in careers in primary care internal medicine. **Medical education online**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1340780, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28670982/>

OUZZANI, Mourad *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 210, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

PARTANEN, R. *et al.* Is three a crowd? Impact of the presence of a medical student in the general practice consultation. **Medical education**, England, v. 50, n. 2, p. 225–235, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813001/>

PAZ-LOURIDO, Berta; KUISMA, Raija M. E. General practitioners' perspectives of education and collaboration with physiotherapists in Primary Health Care: a discourse analysis. **J Interprof Care**, Paz-Lourido B; Department of Nursing and Physiotherapy, University of Balearic Islands, Palma de Mallorca, Spain. bpaz@uib.es, v. 27, n. 3, p. 254–260, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.745487>

RODRIGUES, C. A.; NETO, P. P; BEHRENS, M. A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Revista Brasileira Educação*, v.28, n. 3, p. 234-41, 2004.

ROQUETE, A. M. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação; 2001.

SALMINEN, H.; ÖHMAN, E.; STENFORS-HAYES, T. Medical students' feedback regarding their clinical learning environment in primary healthcare: a qualitative study. **BMC medical education**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 313, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27964713/>

SHADDEAU, Angela *et al.* Effect of novel patient interaction on students' performance of pregnancy options counseling. **Med Educ Online**, ["Shaddeau A; Walter Reed National Military Medical Center, Bethesda, MD, USA.", "Nimz A; Department of Obstetrics & Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA.", "Sheeder J; Department of Obstetrics & Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA.", "Tocce K; Department of Obstetrics & Gynecology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA; kristina.tocce@ucdenver.edu."], v. 20, p. 29401, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.29401>

SMITH, M. R.; YONG, W. W.; KELLER, A. M. An Efficient and Effective Teaching Model for Ambulatory Education. *Acad Med.*, v.77, n.7, p.: 593-9, 2002.

TEIXEIRA, Elizabeth *et al.* Integrative literature review step-by-step & convergences with other methods of review / Revisão Integrativa da Literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [S. l.], v. 2, n. 5, p. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1457>.

WENG, H. C.; STEED, J. F.; YU, S. W.; LIU, Y. T.; HSU, C. C.; CHEN, W. The effect of surgeon empathy and emotional Yera Hur, et al : Patient-centred attitude 39 intelligence on patient satisfaction. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*; 16: 591-600, 2011.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
IDOSOS: relato de experiência**

Breno Samuel Ribeiro
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
bsamuel1932@gmail.com
(16) 99378-3686

Evelin Pires Antunes
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
evelinpireees@gmail.com
(16) 99150-0122

Roberta Oliveira
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
robertinharoberta427@gmail.com
(16) 99211-8984

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Docente do Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com
(16) 981467250

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) conhecida popularmente como pressão alta, é uma doença crônica e é caracterizada através dos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias, ela surge quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (BRASIL, 2021a).

Em 90% dos casos das pessoas que têm HAS foi herdado dos pais, mas há também vários fatores que influenciam para o indivíduo adquirir a HAS, como, por exemplo, os hábitos de vida. Alguns fatores que fazem com que a pessoa adquira essa HAS são: consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física, fumo. Outras causas que favorecem para a pessoa ter HAS é ser diabético, ter raça negra e o envelhecimento. (BRASIL, 2021b)

A idade avançada faz com que tenha mais chances de desenvolver HAS, e com o envelhecimento, 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente 75% dos indivíduos com mais de 70 anos tendem a desenvolver essa patologia. Ao envelhecer, o corpo sofre algumas alterações, como enrijecimento e microlesões nas paredes dos vasos sanguíneos, além de alterações de hormônios na menopausa e maior comprometimento na função de órgãos importantes como coração e rins (NETO, 2017).

Por isso, é fundamental fazer consultas anuais de rotina para check-up, com o clínico geral, geriatra e o cardiologista, para que sejam investigadas e detectadas quaisquer alterações o mais cedo possível (LIMA, 2020).

É possível sentir os sintomas de HAS apenas quando a pressão está elevada, dentre esses sintomas estão: dores no peito, dores de cabeça, fraqueza, zumbido no ouvido, sangramento nasal e visão embaçada. A HAS não tem cura, mas tem tratamento medicamentoso que é prescrito e avaliado pelo médico, que avalia e estuda o caso de cada paciente. Em Redes de Saúde do SUS é possível fazer a retirada de medicamentos gratuitamente. (BRASIL, 2021a)

Além de medicamentos, é possível mudar os hábitos de vida para poder evitar e diminuir a incidência de HAS, temos por exemplo: mudar os hábitos alimentares, perda de peso, largar o fumo, praticar exercícios físicos, moderar o consumo de álcool, ter momentos de lazer, evitar alimentos gorduroso e diminuir o consumo de sal (BRASIL, 2021b).

Implementação de medidas de prevenção contra a HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, sendo assim a prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar essa doença, que por sua vez devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (LIMA, 2014).

As rodas de conversa facilitam a expressão de diferentes experiências individuais para que possam ser percebidas no âmbito coletivo, fomentando a reflexão profunda sobre as condições de atuação individual, revelando-se como um potencial auxiliar na quebra do ciclo negativo associado ao autorrespeito. As rodas reúnem efetivamente a comunidade, alunos e equipes multidisciplinares para

incentivar e promover o tratamento correto e eficaz da hipertensão (FARINHA et al., 2019).

As UBS são compostas por uma equipe multidisciplinar para assumir as ações de saúde individuais e coletivas. Entre as demandas de atividades e prioridades da equipe da UBS, está a identificação e documentação da saúde da população idosa, com foco naqueles que estão fragilizados ou em processo de fragilidade no território. O cuidado ao idoso inicia-se com a responsabilidade compartilhada entre os profissionais da atenção básica e os profissionais que atuam em outros pontos de atenção em diferentes componentes, alcançando as pontes necessárias para fortalecer as ações desenvolvidas pela rede de atenção à saúde (SILVA, 2018).

Destaca-se a importância das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção, proteção, diagnóstico e recuperação, por meio da ampliação da cobertura vacinal, orientação alimentar e nutricional, prática de atividade física, orientação de prevenção e monitoramento da vítima, violência e prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, autocuidado, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento de doenças crônicas, sofrimento mental, causado ou não pelo uso de álcool e outras drogas, não só para os idosos, mas também para seus familiares e cuidadores, e fundamentalmente na assistência às condições clínicas mais comuns que adoecem o idoso (BRASIL; 2014).

No sentido amplo da promoção da saúde, a enfermagem é uma área estratégica de atuação no sistema único de saúde do Brasil. Na atenção primária (com auxiliares e técnicos de enfermagem e com agentes de saúde da comunidade) e na atenção secundária e terciária (sem o segundo agente), articular a liderança da equipe de saúde possibilita ao enfermeiro valorizar as competências individuais desses membros, para facilitar a interação com o foco do cuidado (ou seja, o paciente) (BEZERRA et al., 2013).

A ação da enfermagem na promoção da saúde é fundamental, com organização de grupos para alcançar autonomia e compreensão do conhecimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Desenvolver ações de cuidado por meio do processo de diálogo, atentar para a personalidade de cada pessoa, é cuidar mais próximo das reais necessidades dos usuários (BEZERRA et al., 2013).

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de uma atividade de promoção e prevenção da HAS realizada com um grupo de idosos, desenvolvida por estudantes do curso de graduação em enfermagem durante o estágio supervisionado.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, da vivência do estágio supervisionado do curso de graduação em Enfermagem do 7º semestre de um centro universitário municipal. Foi realizada a atividade no dia 22 de fevereiro de 2022 com a população que frequenta o Centro Comunitário vinculado a Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade do interior paulista. Esteve presente 20 idosos que participam do Projeto Vida Viva - Saúde e Esporte que é totalmente gratuito.

O Projeto Vida Viva – Saúde e Esporte foi implantado no Município no ano de 1.999, como proposta de trabalho e estratégia de ações preventivas e educativas. O Projeto visa efetivar uma política de atendimento que enfoque as atividades de prevenção e cuidados com a saúde para melhoria da qualidade de vida dos usuários. Tem como proposta, o desenvolvimento de atividades físicas, sócio-educativas e de lazer, próximas às Unidades de Saúde, para favorecer a integração dos usuários e a utilização dos recursos disponíveis na comunidade, sendo uma estratégia importante que tem sido assumida e adaptada às diversas realidades pelas equipes. (Prefeitura de Franca, 2022)

Dessa maneira, as atividades devem ser realizadas através de: assistência à saúde, orientações e informações, danças, jogos cooperativos e esportivos, recreação e lazer, ações de educação em saúde. Além de outras atividades que favoreçam a socialização do usuário e a integração do serviço de

saúde com a comunidade, relacionadas à divulgação do Projeto nos Serviços Municipais e na comunidade, ampliando assim, o acesso e a participação dos usuários. (Prefeitura de Franca, 2022)

Para a realização desta atividade a equipe da unidade (enfermeira, assistente social e educador físico) foi convidado a participar, juntamente com os usuários da unidade e moradores da região. O intuito da ação era que todos participassem e interagirem com a dinâmica da atividade. Fizemos a impressão de panfletos com informações de alimentos saudáveis e sobre a HAS criados pelos estudantes para distribuir aos participantes. Foi preparado também um tempero caseiro, água saborizada e área para aferição de pressão.

O assunto escolhido para as orientações nesta atividade foi sobre HAS e a mesma foi desenvolvida em forma de roda de conversa por ser uma estratégia mais dinâmica e de fácil entendimento, consideramos o conhecimento prévio dos participantes sobre a temática. A atividade teve início perguntando a eles o que sabiam sobre HAS para poderem se sentir à vontade, criando vínculo e adesão na atividade. Após a explicação, fizemos um momento para que tirassem suas dúvidas e em seguida, encaminhamos todos os participantes para aferição da Pressão Arterial (PA), com a finalidade de conhecer os níveis pressóricos dessa população e orientá-los em relação à prevenção ou controle da HAS. No final entregamos um tempero que os próprios estudantes fizeram com ervas naturais e com a receita impressa para incentivá-los a trocar o sal por esse produto que é mais saudável. Para finalizar oferecemos água saborizada com abacaxi e hortelã para conhecer uma opção de bebida saudável e que pode substituir o refrigerante, sendo uma opção fácil e que podem fazer em casa.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A atividade foi distribuída em três eixos principais com o intuito de criar relações e vínculos entre o grupo e os participantes.

O 1º eixo era a discussão sobre o assunto da HAS, perguntando quais seus conhecimentos e dúvidas, e o encontro seguiu-se mediante as respostas obtidas, buscando apresentar o conceito correto. Nesse primeiro momento nosso

grupo ficou meio ansioso e sentimos um certo receio em como iniciar a abordagem com eles, mas quando começamos a interagir percebemos um enorme acolhimento com nosso grupo, eles se mostraram interessados e empolgados com o assunto.

O 2º eixo montamos bancadas onde realizamos a aferição da PA e glicemia. Realizamos orientações sobre a alimentação e cuidados pessoais de maneira individualizada, pois alguns aparentemente sentiam-se envergonhados e deixavam de fazer questionamentos na roda de conversa.

O 3º e último eixo era a discussão sobre como eles faziam para temperar seus alimentos, orientamos os temperos mais adequados visando o tratamento e prevenção da HAS e explicamos o porquê dos mesmos.

Contribuir para o mínimo de aprendizado da população e fazer com que as nossas orientações fossem de grande absorção já era um grande desafio, fazer com que pequenas coisas que falassem fizessem com que mudassem os hábitos de vida e alimentares já é uma conquista grande e fazer com que fosse possível realizar isso.

A estratégia que usamos foi muito eficiente e não seria necessário fazer alguma mudança. A participação deles e o aprendizado que levamos era a meta dos estudantes e profissionais envolvidos, e pelo que foi transmitido, conseguimos realizá-la. Ter esse contato com a população fez com que nos ajudasse na nossa formação, porque ter esse contato com a população e ter que fazer as orientações já nos ajuda bastante a ter essa relação com os pacientes e nos lembrar de deixá-los sempre à vontade para conseguirmos entender a necessidade do momento.

Os referenciais de promoção da saúde para a formação em Enfermagem é uma ação transformadora da prática que facilita a superação do modelo hegemônico tecnologicamente racional que ainda caracteriza a formação e atuação dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o processo pedagógico da enfermagem requer práticas educativas e assistenciais que possibilitem aos sujeitos agir para a mudança social (SILVA et al., 2018).

O enfermeiro é considerado um dos principais agentes na promoção da saúde e na atenção integral aos indivíduos, populações e comunidades devido ao

seu contato direto com o contexto social dos indivíduos e famílias, podendo potencialmente compreender questões biopsicossociais (SILVA et al., 2018).

A HAS está diretamente relacionada à falta de atividades físicas, o programa de combate ao sedentarismo é uma ótima aliança para o combate e prevenção da HAS. Quando o corpo fica em movimento, estimula o bom funcionamento de veias e artérias e faz com que as placas de gordura não consigam se instalar com facilidade, não prejudicando o circulamento do sangue e fazendo que a pressão se eleve (GONZALEZ, 2016).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, tem um papel importante no cuidado na promoção da saúde e prevenção de riscos para não agravar mais a doença, fazendo sempre o acompanhamento com o paciente, oferecendo uma qualidade de vida melhor com base nos conhecimentos científicos e humanizado (COSTA et al., 2014).

O enfermeiro por ter proximidade com a família, deve sempre estar atento aos fatores de risco da comunidade, para conseguir fazer a promoção e prevenção de saúde, tanto para os portadores de HAS, quanto para os familiares visto que quase todas as refeições e atividades são realizadas em conjunto (COSTA et al., 2014).

A enfermagem, como ciência de cuidar do bem-estar das pessoas, pode ser feita aumentando a conscientização dos indivíduos, famílias e comunidades para serem capacitados a fazer escolhas de estilo de vida saudáveis. Nesse sentido, é importante que sua prática esteja vinculada e direcionada pela proposta educacional da reforma social, que visa reduzir o risco. Portanto, o enfermeiro tem capacidade e habilidades para trabalhar em um grupo específico de educação em saúde sobre todos os aspectos que possam contribuir para o insucesso do tratamento da HAS de um paciente (COSTA et al., 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No final dessa atividade, após o grupo discutir e avaliar nosso desenvolvimento, notamos a importância de intervenções como essa para os idosos, pois conseguimos desmistificar alguns estigmas dos participantes que frequentavam

o projeto sobre a HAS. É relevante o conhecimento prévio que os participantes já apresentavam acerca da temática abordada e as suas vivências, pois contribui para o aprendizado e a adequação a mudanças, dando um novo significado para a prevenção e qualificando a forma como elas encaram a doença.

Com tudo o que foi exposto, a atividade saiu da forma como era esperada pelo grupo, conseguimos expor as ideias e conhecimentos adaptados à realidade da população e conciliando a teoria abordada em sala de aula, exercitando a comunicação, trabalho em equipe, planejamento e execução de atividades; Desta forma, foi possível concluir que a atividade contribuiu de forma positiva para nossa formação enquanto futuros enfermeiros.

Referências:

BACCHIN, A.S.F.; ZEPPINI, V.A. **Hipertensão Arterial em idosos**. Disponível em: <<https://www.sbgg-sp.com.br/hipertensao-arterial-em-idosos/>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

BEZERRA, F. et al. Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. Out de 2013. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf>. Acesso em: 10 de mai de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão (pressão alta)**. 30 de dez de 2021a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf>. Acesso em: 06 de abr de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Idosas No Sus: Proposta De Modelo De Atenção Integral**. Mai de 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial: hábitos saudáveis ajudam na prevenção e no controle da doença**. 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/hipertensao-arterial-habitos-saudaveis-ajudam-na-prevencao-e-no-controle-da-doenca>>. Acesso em: 20 de abr de 2022.

COSTA, Y. et al. **O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura**. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2014;38(4):473-481. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155566/A12.pdf>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

DANTAS, A.O. **Hipertensão Arterial no Idoso: fatores dificultadores para a adesão ao tratamento medicamentoso.** 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2771.pdf>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

LIMA, A.L. **Pressão alta em idosos: como identificar, valores e tratamento.** Nov de 2020. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/hipertensao-arterial-no-idoso/#:~:text=A%20press%C3%A3o%20arterial%20tende%20a,importantes%20como%20cora%C3%A7%C3%A3o%20e%20rins>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

FARINHA, M.G. et al. **Rodas de conversa com universitários: prevenção e promoção de saúde.** Rev. NUFEN vol.11 no.2 Belém maio/ago. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200003#:~:text=As%20rodas%20de%20conversa%20promovem,negativo%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20autoestima>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

GONZALEZ, B. **Educação E Promoção De Saúde Em Hipertensão Arterial Na Estratégia De Saúde Da Família.** Uberlândia, 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/educacao-promocao-saude-hipertensao-estrategia-familia.pdf>>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

LIMA, D.P. **Promoção À Saúde Dos Pacientes Hipertensos Atendidos Na Estratégia De Saúde Da Família Da Vila Mutirão Município De Planaltina – Go.** Planaltina, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10118/1/PI%20Daniel%20Pinheiro%20Lima.pdf>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

NETO, R.A.B. **Hipertensão Arterial Sistêmica com foco no idoso.** 26 de out de 2017. Disponível em: <[https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5268/hipertensao_arterial_sistematica_foco_no_paciente_idoso.htm#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20sist%C3%AAmica%20\(HAS,com%20mais%20de%2070%20anos\)](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/5268/hipertensao_arterial_sistematica_foco_no_paciente_idoso.htm#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20sist%C3%AAmica%20(HAS,com%20mais%20de%2070%20anos))>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

Prefeitura de Franca. **Programa Viva Vida.** Disponível em: <<https://www.franca.sp.gov.br/administracao-municipal/administracao-direta/saude/viva-vida-saude-37>>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

OLIVEIRA, M.F.. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração.** Catalão, 2011. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em: 02 de mai de 2022.

QUEIROZ, M.G. et al. **Hipertensão Arterial No Idoso - Doença Prevalente Nesta População: Uma Revisão Integrativa.** 25 de abr de 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9409>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

SILVA, F.L. et al. **A roda de conversa como estratégia de prevenção de doenças crônicas.** 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/a-roda-de-conversa-como-estrategia-de-prevencao-de-doencas-cronicas-2#:~:text=A%20roda%20de%20conversa%20mostra,da%20diabetes%20e%20da%20hipertens%C3%A3o>>. Acesso em: 05 de mai de 2022.

SILVA, J. et al. **Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0237. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CwqRqSVtXs3sB4zwhThhBWP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 de mai de 2022.

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DO DIABETES MELLITOS PARA IDOSOS NA
ATENÇÃO BÁSICA: um relato de experiência**

Laila Ribeiro Rodrigues
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
laila.r.r.23@gmail.com

Gislene Rodrigues Bonfim
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
bonfimg59@gmail.com

Leticia Salmazo Granero
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
leticiagsalmazo@gmail.com

Nadia Bruna da Silva Negrinho
Docente do departamento de Enfermagem – Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), ocorre através de um distúrbio metabólico apresentando elevação dos níveis de glicemia persistente, devido a produção ou a ação de insulina ineficaz, podendo ocorrer também simultaneamente os dois casos. Dados estatísticos estimam que 425 milhões de pessoas com DM no mundo, sendo a hiperglicemia persistente fortemente relacionada às complicações crônicas micro e macrovasculares, o comprometimento da qualidade de vida, bem como eleva as taxas de mortalidade (SBD, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), os sintomas mais comuns no diabetes é poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, chamado de “4 Ps”, mas também pode ser apresentado fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. No entanto, na maioria dos casos se trata de uma doença que é assintomática.

A transição demográfica mundial nos apresenta que o aumento de idosos com 80 anos ou mais, vem subindo gradativamente nos últimos anos, fazendo com que, conseqüentemente, as comorbidades também aumentem. Estatísticas apontam que em 2050, os idosos serão responsáveis por 16% da população brasileira, colocando o país em sexto lugar no ranking de maior

população idosa do mundo. Com isso, podemos observar que os fatores de riscos associados a doenças crônicas-degenerativas aumentaram significativamente, fazendo com que afetassem a qualidade de vida dessas pessoas. Essas enfermidades são responsáveis por comprometer diretamente o desempenho das atividades cotidianas, que chamamos como “incapacidade funcional”. Mediante este ponto, foram desenvolvidas estratégias para auxiliar estes idosos no enfrentamento do processo saúde-doença, procurando melhoria na qualidade de vida e bem-estar na velhice (FARIAS, 2020).

O diagnóstico é dado a partir da identificação da hiperglicemia. Pode ser utilizado como método de glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (A1c). Quando é identificado que o paciente é assintomático, é recomendado utilizar a glicemia plasmática de jejum maior ou igual a 126 mg/dl, a glicemia duas horas após uma sobrecarga de 75 g de glicose igual ou superior a 200 mg/dl ou a HbA1c maior ou igual a 6,5%. Para dar o diagnóstico, é necessário que dois exames apresentem alterações, caso apenas um apresente, deverá ser feito outro para confirmar. (COBAS e col.,2022).

Tabela 1. Critérios laboratoriais para diagnóstico de DM2 e pré-diabetes.

Critérios	Normal	Pré-DM	DM2
Glicemia de jejum (mg/dl)*	< 100	100 a 125	> 125
Glicemia 2h após TOTG (mg/dl)**	< 140	140 a 199	> 199
HbA1c (%)	< 5,7	5,7 a 6,4	> 6,4

(SBD, 2022)

Segundo o Ministério da Saúde (2006), indivíduos que possuem idade igual ou maior que 45 anos, obesidade ou sobrepeso, tabagista, etilista, com histórico familiar (mãe, pai, avós) de hipertensão ou diabetes, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, vasculares e renais, possuem mais risco do desenvolvimento da doença, mas é necessário investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose.

Estudos vêm comprovando que pessoas classificadas de alto risco para o desenvolvimento do diabetes, têm chances de prevenir ou retardar o surgimento do diabetes tipo 2. Sendo possível através de mudanças no estilo de

vida, por exemplo redução de 5 a 10% do peso, aumento da ingestão de fibras, redução de ingestão de calorias, restrição de gorduras, prática de atividade física regular. Intervenções farmacológicas também podem ser usadas como preventivo, como é o caso a metformina, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 ano (BRASIL, 2006).

É imprescindível que os hábitos de vida e a alimentação pessoal e da família sejam de conhecimento do profissional, desse modo serão identificados fatores com potencial para contribuir ou prejudicar o metabolismo e conseqüentemente agravar as doenças crônicas. Outra ferramenta que o profissional poderá utilizar mão é a promoção da educação em saúde com foco nos hábitos que se modificados em tempo oportuno podem evitar e/ou retardar complicações futuras (BRASIL, 2014).

MATTOS et al. (2012) menciona que o país está sofrendo uma transição nutricional e epidemiológico populacional, com isso o diabetes mellitus emerge como um importante problema de saúde pública, visto que estudos estão comprovando que, conseqüentemente, houve um crescimento significativo da mortalidade por diabetes em grande parte das capitais brasileira.

Pode ser feita a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como meio de intervenção para pacientes diagnosticados com DM, pois quando interligado às seis etapas, consegue-se o objetivo de educação em saúde. O enfermeiro tem um papel de grande importância na educação em saúde, tendo o objetivo de auxiliar o paciente a viver melhor com seu diagnóstico. Deve-se sempre reforçar sua percepção de riscos e desenvolver habilidades para solucionar os problemas encontrados nessa trajetória com maior autonomia. Este auxílio tem como função identificar os fatores de risco, vulnerabilidades, prevenir complicações e obter um bom controle metabólico (ALVES, 2018).

2. OBJETIVO

Relatar a experiência dos graduandos do quarto ano do curso superior de enfermagem durante o estágio curricular supervisionado no planejamento e

realização de uma atividade de promoção e prevenção do DM para idosos.

3. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo trata-se de um relato de experiência, realizado pelas alunas do quarto ano de enfermagem do centro universitário municipal. A atividade foi desenvolvida para idosos entre 60 a 85 anos, sendo aplicada no dia 22 de fevereiro de 2022, das 08:00h às 08:45 e realizada no centro comunitário em conjunto com a Unidade Básica de Saúde (UBS), em uma cidade localizada no interior paulista.

Este estudo teve início a partir de uma atividade de educação em saúde realizada em sala de espera da UBS, onde surgiu um convite feito pela assistente social da unidade, com a proposta de trabalhar o tema diabetes mellitus com um grupo de idosos frequentadores do centro comunitário, onde é desenvolvido o Projeto Saúde em Ação. Esse programa é uma parceria entre a Secretaria de Saúde do município e o Centro de Integração da Terceira Idade em articulação com equipe multiprofissional da atenção básica cujo objetivo é incentivar a adesão aos hábitos saudáveis entre os usuários do serviço público, é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Projeto conta com duas frentes de atividades, uma, que conta com focada em práticas educativas mensais que acontecem nas UBSs, e que são coordenadas pelo Serviço Social das Unidades de Saúde (juntamente às equipes) e as atividades físicas, que acontecem duas vezes na semana, com educador físico, que ocorre em diversos equipamentos da comunidade, próximas às UBSs. Além do educador físico, a equipe conta com assistente social, psicólogo e enfermeiro.

3.1. Elaboração Do Projeto

Este projeto foi desenvolvido sob a orientação da preceptora do estágio supervisionado e tivemos um prazo de sete dias para a elaboração do projeto, iniciando pela realização da busca de pesquisas científicas, portarias e documentos

oficiais do Ministérios da Saúde para embasamento teórico sobre o tema. Para o desenvolvimento da atividade foi utilizado folder explicativo, aparelho de glicemia com fitas, lancetas, algodão, água saborizada para degustação com o intuito de incentivar a substituição de sucos artificiais e refrigerantes.

A última etapa da elaboração do projeto foi o desenvolvimento de um cronograma para organização da execução da atividade de promoção e prevenção da DM para idosos (Quadro 1), levando em consideração que o tempo disponível para o desenvolvimento da atividade era de 45 minutos.

Quadro 1 - Cronograma para organização e execução da atividade de promoção e prevenção da DM para idosos

Desenvolvimento	Tempo	Atividade
Fase I	5 minutos	Apresentação dos alunos e público.
Fase II	5 minutos	Abertura ao público para transmitir o conhecimento prévio sobre o tema.
Fase III	10 minutos	Apresentação sobre os temas importantes acerca do tema.
Fase IV	10 minutos	Abertura para dúvidas do público.
Fase V	15 minutos	Realização de glicosimetria (quem desejar).

Após a chegada dos idosos, nos apresentamos e elaboramos uma roda de conversa, imediatamente perguntamos quem era portador de diabetes,

cerca de 10 participantes ergueram a mão, e com isso demos continuidade perguntando se eles sabiam o que era a diabetes, alguns participantes ainda estavam com vergonha de dar respostas e estar errada, já outros se arriscaram e disseram que não sabiam o que era, mas sabiam que não podiam consumir doces, explicamos de maneira breve e simples para o melhor entendimento, o que é a diabetes, então percebemos que começaram a ficar mais interativos e a participar mais, fazendo com que a conversa ficasse ainda mais leve.

Foi abordado sobre a diferença entre a diabetes tipo I e diabetes tipo II, onde a diabetes tipo I é causada pela destruição das células produtoras de insulina, em decorrência de defeito do sistema imunológico em que os anticorpos atacam as células que produzem a insulina e a tipo II resulta da resistência à insulina e de deficiência na secreção de insulina (BRASIL, 2009).

Realizamos o levantamento de quantos tinham familiares com a doença, neste momento foi citado por duas participantes que o cunhado e um amigo haviam amputado o pé e o outro o dedo por conta da diabetes, porém não sabiam como chegou aquele ponto e como causava. Explicamos então que a amputação ocorre por complicações que a diabetes apresenta, como a perda de sensibilidade. Quando ocorre a perda da sensibilidade, os pacientes acabam não percebendo que estão expostos a pressão ou muito calor nos pés por exemplo, causando lesões que podem se agravar devido a má circulação. Isso ocorre após o estreitamento das artérias.

A finalização foi feita oferecendo o exame de glicosimetria e todos os participantes aderiram ao procedimento, o que possibilitou mensurar como era a taxa de glicemia geral daquele público. Podemos observar que nem todos tinham DM, sendo que os que eram portadores da patologia estavam controlados e alguns não devido ao uso incorreto do medicamento de controle, sendo orientada a importância do uso correto. Como estratégia para melhorar os hábitos saudáveis e diminuição do açúcar na alimentação, foi oferecido a água saborizada com abacaxi e hortelã e muitos não tinham conhecimento que é bom e podem substituir o refrigerante para diminuir o uso do mesmo. Também foi distribuído um folder com algumas orientações sobre como prevenir a DM.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A experiência executada pelo grupo, possibilitou vivenciar na prática como é ser educadores de saúde enquanto enfermeiros em formação, sendo também muito gratificante trabalhar com um público em que ações como essa possam cada vez mais estimular sua participação.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tem como finalidade a promoção da autonomia, independência e a recuperação da população idosa, através da adoção de medidas individuais e coletivas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. O envelhecimento precisa acontecer ativamente, com saúde e isento de dependência funcional, para isso é essencial a promoção de saúde independente da idade. Grande parte dos brasileiros envelheceram e envelhecem ainda que recursos e cuidados específicos de promoção e de prevenção de saúde não sejam acessíveis. A Política está destinada a toda população brasileira com idade igual ou maior de sessenta anos. Portaria Nº 2.528 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente os profissionais de enfermagem exercem ações, consideradas essenciais para garantir novas condutas visando a promoção à saúde, substituindo os modelos conservadores e individuais da educação em saúde, focados apenas na doença e sua cura, por modelos de redução de riscos à saúde de maneira preventiva com a incorporação de práticas educativas (SOARES; SILVA; ROSÁRIO, 2018).

Outro aspecto relevante vivenciado através da atividade realizada, foi a interação com a equipe multiprofissional. Ressaltando que cada profissional tem uma competência essencial desenvolvida durante o cuidado, o que levou o grupo a uma reflexão da importância do trabalho em equipe com um objetivo em comum, levar o bem-estar para o idoso.

Sempre deve ser levado em consideração a singularidade de cada indivíduo idoso, pois nem mesmo aqueles pertencentes a mesma faixa etária são homogêneos no processo do envelhecer. Já em relação às demais população adulta as peculiaridades biopsicossociais são identificadas de forma ainda mais acentuada, ressaltando a importância de que as redes de saúde utilizem a estratificação de

risco, uma ferramenta fundamental nesse processo. Através desta estratificação, é possível determinar se uma pessoa idosa consegue viver de forma independente e autônoma, ainda que possua algum problema crônico de saúde, e não sendo necessariamente incluído no grupo daqueles considerados vulneráveis, ou se ele se enquadra na população idosa que são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade devido alguma dependência funcional, incapacitações ou condições de saúde que os colocam em maior vulnerabilidade e conseqüentemente irá demandar de maior acesso e cuidado no SUS (BRASIL, 2014).

Durante o desenvolvimento da atividade, foi observado que alguns participantes são portadores de diabetes e procuravam a prevenção de agravos que podem ser acarretados pela patologia, já outros participaram com o intuito de melhorar a qualidade de vida. Incluir os participantes na execução da atividade, se mostrou eficaz sendo perceptível o interesse em dialogar com os estudantes e demais participantes, compartilhando experiências e tirando as dúvidas.

De acordo com Castro et al (2018) a promoção de saúde, deve incentivar a participação ativa da comunidade, trabalhando a educação em saúde e sanitária, essas ações irão impactar diretamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos participantes.

É imprescindível que haja investimento mais voltado para a prevenção e promoção de saúde por parte dos governos, gestores e profissionais, ainda que atualmente exista a política da pessoa idosa, não é uma realidade acessível na maioria dos municípios.

Para sucesso do processo do envelhecimento saudável, é necessário que haja mudanças no atendimento à pessoa idosa, com uma visão mais voltada para a integralidade do cuidado com ênfase nas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, assim como o tratamento e reabilitação. Outro aspecto importante são os indicadores que refletem nas necessidades da população (TORRES et al, 2020).

Utiliza-se a educação em saúde como forma de estratégia, reforçando a promoção, proteção e prevenção de agravos. Nela é estimulado a responsabilidade que se implica no autocuidado, na interação ao meio que está inserido e contexto familiar. Com esta educação se desenvolve, pode-se edificar

mudanças no cotidiano, ver a relação entre o saber popular e as bases científicas, influencia-se a suas atividades e práticas com novos saberes, motiva-se o desenvolvimento diário com a sua própria saúde, ajuda na interação social, autoestima e autoconfiança, favorecendo sempre os valores sociais, pessoais e familiares (FARIAS, 2020).

Os idosos que têm a oportunidade em participar de atividades de promoção de saúde, além de se beneficiarem com um bem-estar físico e melhora significativa da qualidade de vida, se beneficiam também com um bem estar psíquico- social, haja visto que acontece entre eles uma interação possibilitando a socialização através de trocas de experiências, proporcionando um momento agradável e com isso facilita a adesão ao programa. Além disso, os participantes demonstram serem multiplicadores de conhecimento, ajudando também com dicas e informações em casa e na comunidade fortalecendo a responsabilidade individual e social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar da elaboração e execução desse projeto, foi essencial para o grupo enquanto enfermeiros em formação, haja visto que a educação em saúde é uma das estratégias que quando bem empregada, traz um impacto positivo na qualidade de vida de uma população e faz toda diferença para a promoção da saúde. Mesmo com o tempo determinado de apenas quarenta e cinco minutos o que consideramos insuficientes para uma atividade tão importante como esta, foi perceptível que com essa ação foi possível alcançar os resultados esperados, sendo identificados através do interesse pela atividade, o desejo da mudança de hábitos, e a interação entre os participantes que expressaram prazer em estar cuidando da saúde.

Ações como esta devem ser incentivadas em todas as faixas etárias adulta, visto que o percentual de DM entre essa população é elevado, e uma patologia extremamente grave, adultos que recebem informações de fontes seguras como as ofertadas nesta ação, têm maior chance de evitá-la através da mudança de

estilo de vida precoce, logo terão maior qualidade de vida no processo de senescência.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. P. O papel do enfermeiro com os clientes diabéticos. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 05, pp. 115-136, Agosto de 2018. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/clientes-diabeticos>>. Acesso em 02 de maio de 2022.

BONFIM, C. J. Direcção-Geral da Acção Social, Lisboa, Set. 2000. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/Centro_comunitario/a0a29948-aba9-446b-afc0-8561ad725e37/a0a29948-aba9-446b-afc0-8561ad725e37>. Acesso em 02 de maio de 2022.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Diabetes. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 18 Abr. 2022.

Brasil. Ministério da saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35, Brasília, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf>. Acesso em: 18 Abr. 2022.

Brasil. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Política nacional da pessoa idosa. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 09 de Maio de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das Pessoas Idosas no SUS. maio, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 09 de Maio de 2022.

CASTRO et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 158-167. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>>. Acesso em: 10/05/2022.

COBAS e co. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-2, ISBN: 978-65-5941-622-6. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/>>. Acesso em: 25 Abr. 2022.

Diabetes e Obesidade. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, São Paulo -SP, 13 de novembro de 2018. Disponível em: <

FARIAS, L. L. S.. et al. Ações de promoção à saúde vivenciada com grupo de idosos: um relato de experiência. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n.6, p.33817-33828, jun. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11065/9284>>. Acesso em 04 de maio de 2022.

FREITAS et al. Caminho conceitual da promoção da saúde: relato de experiência. Rev. baiana enfermagem. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36789/23503>>. Acesso em 09 de maio de 2022

MATTOS et al. Tendência da mortalidade por diabetes melito em capitais brasileiras, 1980-2007. Arq Bras Endocrinol Metab. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abem/a/SGQF35fchjJR4JBNQ7gtfcn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 21 Abr. 2022.

SDB. Sociedade Brasileira de Diabetes. Aspectos técnicos e laboratoriais de diagnóstico e acompanhamento do diabetes mellitus. Diretrizes-Sociedade Brasileira de Diabetes-2019-2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 18 Abr. 2022.

SOARES, T. M. ; SILVA, L. C. G. ; ROSARIO, C. R. A Importância do Enfermeiro como Educador Atuando na Prevenção à Saúde. Revista Sou Enfermagem, São Luís, 02(3):20-31, julho/dezembro de 2018. Disponível em: <<https://revista.souenfermagem.com.br/wp-content/uploads/2019/07/Revista-Sou-Enfermagem-S%C3%A3o-Lu%C3%ADs-023-20-31-julho-dezembro-2018.pdf>>. Acesso em: 05 Abr. 2022.

TAVARES et al. Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem. Acta Paul Enferm 2010;23(5):671-6, Uberaba-MG, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/bfVnTdcn5qBNJYgmHqfNZYD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 de Abr. de 2022.

TORRES et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(1), e 300113, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

**TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
PEDIATRIA: uma estratégia para a humanização do cuidado**

Laila Ribeiro Rodrigues
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
laila.r.r.23@gmail.com

Maria Rita Vieira de Oliveira
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
mariaritavieiradeoliveira@hotmail.com

Ana Carolina Braz Trovão
Docente do Departamento de Enfermagem – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, por conseguinte, a saúde vem a ser um direito essencial do homem, que deve ser garantido sem qualquer distinção. Dessa maneira o paciente deve ser tratado de forma integral, assegurando tranquilidade e assistência de qualidade, respeitando as individualidades, fazendo com que ele se sinta motivado a adesão do tratamento, propiciando um cuidado agradável e menos traumatizante, tornando-se mais humanizado, alcançando assim a cura ou a recuperação do indivíduo (CRIPPA; FEIJÓ, 2014).

Durante a infância, a hospitalização recorrente pode representar uma interpretação de processo necessário para cura, porém algo que cause dor e sofrimento, assim o adoecimento da criança simboliza uma experiência possivelmente estressora e causadora de medo e angústias, devido a mudanças em sua vida, como o afastamento familiar, o qual pode interferir diretamente na projeção de autoconfiança, autoestima e autocuidado durante o enfrentamento da hospitalização (BERLANDA et al, 2019).

Embora o ambiente hospitalar seja comumente permeado por fatores potencialmente estressores, compõe um espaço enriquecedor de cuidado na criança, permitindo assim, a inserção de atividades lúdicas como uma necessidade de humanização assistencial. Além disso, busca promover o acolhimento da criança com a finalidade de diminuir os impactos causados pela doença e da hospitalização e possibilitar o suporte

necessário para superação de seus medos e angústias com relação ao adoecimento... (BERLANDA et al, 2019, p. 315).

Na assistência de Enfermagem a comunicação é o instrumento básico para o relacionamento enfermeiro-paciente, que tem passado por evolução de técnicas para uma assistência mais humana. Contudo, para auxiliar na comunicação, respectivamente na assistência humanizada, foi apresentado a Terapia Assistida por Animais (TAA), que consiste na utilização de animais com finalidade terapêutica. (KAWAKAMI; NAKANO, 2002).

A utilização da TAA pode ser desenvolvida em grupos ou individualmente, com o objetivo de auxiliar no bem-estar. A introdução desta terapêutica com cães tem auxiliado no aumento da autoestima, na compensação da afetividade e diminuição da ansiedade, além de um facilitador da comunicação, devido à promoção de interação social (MOREIRA. *et.al*, 2016).

Segundo Moreira (2016), a TAA, no campo da enfermagem, pode ser usada como adaptação da criança a situações estressantes, uma vez que pode ser favorável ao tratamento por permitir maior contribuição da criança durante os procedimentos por perceber que o ambiente hospitalar também pode proporcionar momentos de prazer e de alegria, onde se sentem mais relaxados e confiantes.

1.2. Terapia Assistida por Animais

Os animais há muitos séculos vêm assumindo vários papéis dentro da sociedade, desde guarda, até mesmo como símbolo de poder, levando assim ao relacionamento emocional entre os seres humanos e os animais, com sua domesticação alterando características comportamentais e fisiológicas de determinada espécie (CHELINI; OTTA, 2016).

Foi nesta perspectiva que se sentiu a necessidade da introdução do animal dentro do campo de saúde, visto que pode trazer inúmeros benefícios àquele que se encontra adoecido, podendo contribuir com a recuperação do doente por meio da utilização da Terapia Assistida por Animais (TAA) ou Atividade Assistida por Animais (AAA) (CRIPPA; FEIJÓ, 2014). Um dos primeiros relatos da utilização da

TAA foi em 1792, por William Tuke, no tratamento de doentes mentais, os quais eram responsáveis pelo cuidado de determinado animal, trazendo a eles sentimentos sociais e de bondade, dos quais eram privados no devido à falta de contato com outras pessoas quando internados (CHELINI; OTTA, 2016).

Nos últimos anos a TAA vem sendo muito discutida, por se mostrar uma ferramenta capaz de promover a recuperação da autoestima e da sensibilidade, através do estímulo sensorial do tato associado a presença e interação dos animais, além de facilitar a reintegração social do paciente, tornando-se conseqüentemente uma ponte entre o profissional e paciente, por dar mais conforto e tranquilidade para se comunicarem. Outro fator importante é que a presença do animal dentro do ambiente hospitalar traz mais humanização, melhorando o clima tenso nesse cenário (KAWAKAMI; NAKANO, 2002; KOBAYASHI, 2009).

O cão é o principal animal utilizado para este tipo de atividade, pois trata-se de um animal com facilidade de adestramento, aceito por uma grande parcela da população, é por possuir uma afetividade natural pelas pessoas e gostar de ser tocado, uma vez que animais que podem ser tocados são mais efetivos na terapia (KAWAKAMI; NAKANO, 2002).

A TAA pode ser utilizada em várias faixas etárias e em diferentes locais, entretanto é sugerido que não seja usada em pacientes imunossuprimidos susceptíveis a infecções oportunistas, com histórico severo de alergias e problemas respiratórios ou internados nas unidades de terapia intensiva. Apesar disso, projetos que dispõem dessa terapia, revelam que a visita de humanos pode transmitir mais infecções do que o animal, quando certamente limpos e imunizados (KAWAKAMI; NAKANO, 2002).

Acredita-se que a TAA contribua para a promoção da saúde, ajudando no desenvolvimento da consciência das crianças sobre seu processo de saúde-doença, através de abordagens criativas, visando torná-las protagonistas de suas histórias e capazes de transformar a realidade. (BERLANDA et.al, 2019).

1.2.1 A Terapia Assistida por Animais e a relação com a Infecção Hospitalar

De acordo com Crippa e Feijó (2014), um dos grandes medos dos profissionais da saúde em relação à utilização da Terapia Assistida por Animais (TAA) em instituições hospitalares está ligado ao perigo de infecção. Com isso Moreira et al. (2016) argumenta que os índices de infecção hospitalar nos serviços de saúde que recebem a visita de animais e aquelas que não recebem são aproximados, ou seja, torna-se mais comum um humano transmitir infecções aos pacientes do que os animais.

Contudo, para realização da terapia é indispensável os cuidados com o animal, tais como: atestado de saúde do mesmo, banho e higienização realizada até 24 horas antes da visita para reduzir agentes alergênicos e permitir que o animal tenha tempo para as eliminações fisiológicas; o percurso do animal até o hospital deve ser mínimo para evitar contaminação. Segundo a Portaria N°2616 de 12 de maio de 1998 diz que “ o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares”. Portanto, juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é necessário autorizar a utilização dessa terapia. (MOREIRA et.al, 2016; BRASIL, 1998).

No entanto, é evidente que a presença dos animais traz benefícios para a criança, porém pode estar relacionada a obtenção de doenças como zoonoses. Dessa maneira, é importante o Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) crie e implemente estratégias, adote medidas e critérios, com o objetivo de minimizar as exposições e garantir a segurança dos pacientes e profissionais que irão utilizar a terapia (SILVEIRA; SANTOS; LINHARES, 2011).

Além disso, Crippa e Feijó (2014) argumentam que é relevante que os animais utilizados tenham um acompanhamento veterinário, além de serem de temperamento dócil e obedientes. Além disso, é importante que os enfermeiros reconheçam os fatores de risco dos pacientes que irão participar dessa estratégia, atentando aos mais suscetíveis, como: pacientes em pós-operatório imediato, alérgicos, imunossuprimidos graves ou que possuem fobia a animais.

Por fim, caso ocorra algum incidente durante o contato, como mordidas, arranhões e alterações de comportamento do animal é necessário comunicar para a Comissão de Infecção Hospitalar (MOREIRA et al., 2016).

1.3. Humanização na Hospitalização Pediátrica

Em primeiro plano, é notório que o ambiente hospitalar desperta tensão e incertezas, já que o mesmo é vinculado com situações difíceis e delicadas de morbidade, sendo assim, é um desafio que precisa ser enfrentado, visando que o hospital pode-se tornar um espaço que deve ser aproveitado para fornecer condições que atendam às necessidades físicas, emocionais, culturais, sociais e educacionais (CERIBELLI et.al, 2009; LIMA, 2012).

Diante do contexto pediátrico, é necessário um ambiente lúdico para ajudar a criança em seu tratamento e desenvolvimento, reforçando a ideia de que ela não deve parar de brincar enquanto está hospitalizada, colaborando para tornar a assistência humanizada (LIMA, 2012).

As estratégias que são utilizadas com intuito de desenvolver o cuidado, estão ligadas ao HumanizaSUS, o qual tem o objetivo de humanizar e tornar acolhedor o ambiente hospitalar. Dentre as estratégias lúdicas mais aplicadas estão: brinquedos, terapias com animais ou palhaços e musicoterapia (CERIBELLI et.al, 2009; FERREIRA et.al, 2021).

1.4. Política Nacional de Humanização

No ano de 1988, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira promulgada, afirmando no Art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Com sua publicação oficial, o governo se empenhou para democratizar a saúde, originando assim, a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, trazendo a saúde como direito fundamental do

ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (PEREIRA, 2017)

Após esse marco histórico para a saúde no Brasil, em 2003 foi lançada, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem de uma revisão do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que trouxe uma transformação no alcance da humanização para toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH usa como referencial os princípios do SUS, sendo eles atenção universal, atenção integral, equidade e participação da sociedade (RIOS, 2009).

Enquanto política, a PNH tem o intuito de buscar e colocar em prática os princípios do SUS nos serviços de saúde, gerando mudanças nos modos de gerir e cuidar, que apresenta como um grupo de diretrizes transversais que conduzem toda atividade institucional que envolva usuários ou profissionais da saúde, em qualquer instância de efetivação (RIOS, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a PNH, também conhecida como HumanizaSUS, aposta na inclusão de três atores para a prática do cuidado humanizado: os trabalhadores, os usuários e os gestores da produção do cuidado e dos processos de trabalho, gerando uma comunicação causadora de mudanças, devido ao fator de perturbação e inquietação provocados entre os setores.

Portanto, humanizar consiste em incluir as diferenças nos processos de gestão e cuidado, mudando e estimulando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, e essas mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhada (BRASIL, 2013).

A humanização nos dias de hoje é um tema que se ouve frequentemente no SUS, mostrando ser de grande importância sua fundamentação de tal, a partir da valorização e do respeito ao ser humano, que se dá através de transformações institucionais por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços. Assim, para que haja o verdadeiro cuidado humanizado, se mostra necessário a educação dos profissionais de saúde e o desenvolvimento de projetos que visem ao cuidado e à atenção às situações de sofrimento e estresse aos quais os pacientes podem estar submetidos (RIOS, 2009).

1.5. Assistência de Enfermagem e a Humanização no Cuidado

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a humanização é conceituada como o valor que resgata o respeito à vida humana, abrangendo aspectos sociais, éticos, psíquicos e educacionais presentes no relacionamento humano.

É notório que hoje a concepção de saúde vai além da ausência de doença, ou seja, engloba o bem-estar psicossocial. Com isso, pode promover o bem-estar do paciente, por meio da oferta de serviços que possibilitem o empoderamento e a recuperação do paciente, a partir da busca por um atendimento humanizado e digno. Desse modo, o PNHAH tem como objetivo aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e usuários, além da integração entre a equipe, o hospital e a comunidade, valorizando a dimensão humana. Com isso, propõe um conjunto de ações integradas de forma a melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados (CRIPPA; FEIJÓ, 2014; BRASIL, 2001).

Segundo Kobayashi et al. (2009), toda a equipe de saúde tem um papel de extrema importância para desenvolver e aplicar estratégias para tornar o processo de hospitalização menos traumático, a partir do desenvolvimento de um plano individualizado que pode ser proporcionado aos pacientes, aos acompanhantes, e à própria equipe, momentos de distração e alegria.

Moreira (2016) afirma que os profissionais de enfermagem buscam sempre intervenções que auxiliem o tratamento e diminuam o estresse causado pela hospitalização. Com o objetivo de tornar menos traumático esse processo para as crianças surgiu a ideia de introduzir os animais no processo do cuidado.

2. JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa surgiu a partir da união de duas paixões individuais, animais e crianças, devido a vivências pessoais de ambas as estudantes de enfermagem, em que foi percebido que a união dessas temáticas ainda é pouco conhecida entre as pessoas, o que estimula ainda mais a pesquisa sobre o assunto.

É notório o estresse no período de hospitalização, por isso é importante que os profissionais de enfermagem sejam capazes de desenvolver estratégias para que torne esse momento mais confortável e menos traumático. Dessa maneira, a introdução de animais de forma terapêutica ajudaria no tratamento, na adaptação, na melhora da interação social e favoreceria a colaboração da criança durante os procedimentos.

A Terapia assistida por animais (TAA) ainda é pouco conhecida e, apesar de estudos nesta área serem escassos, vários deles vêm demonstrando que a TAA é de grande ajuda no contexto da assistência da enfermagem, oferece diversos benefícios e possibilita aos profissionais da equipe de enfermagem fortalecer a comunicação, integração e formação de vínculo entre o profissional e paciente, levando a um cuidado mais humanizado na pediatria.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a temática da terapia assistida por animais na assistência de enfermagem em pediatria oncológica.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar a nova forma de relação existente entre homem e animal na sociedade.
- Compreender sobre a Terapia Assistida por Animais como alternativa de estratégia de humanização no cuidado de enfermagem com pacientes pediátricos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura sobre a temática terapia assistida por animais na assistência de enfermagem em pediatria

oncológica, a partir de pesquisa nos bancos de dados eletrônicos LILACS, Scielo, Medline e Periódicos Capes, Google Acadêmico e Pubmed. Foram utilizados para a seleção dos artigos o cruzamento dos descritores *Enfermagem, Humanização na Pediatria, Terapia Assistida por Animais (TAA)* e seus correspondentes em inglês.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos que irão compor esta pesquisa são: artigos que abordem o tema central da pesquisa, considerando artigos redigidos nos idiomas inglês e português publicados de 2002 a 2022 e disponíveis na íntegra gratuitamente. Adotou-se como questões norteadoras para a busca das produções bibliográficas: “*Quais os benefícios e potencialidades da terapia assistida por animais na assistência de enfermagem em pediatria, como parte do cuidado humanizado? Qual o conhecimento produzido nos últimos 20 anos sobre a temática da Terapia Assistida por Animais na assistência de enfermagem? Quais desafios com relação ao uso desta terapia?*”.

Os critérios de exclusão utilizados foram: revisões de literatura; materiais incompletos; estudos que não abordassem o tema central; estudos fora do período de tempo estabelecido e opiniões de especialistas.

1. Resultados Esperados

Espera-se demonstrar por meio deste estudo os benefícios à saúde da criança em relação ao uso do animal como forma terapêutica e humanizada no cuidado da enfermagem e desmistificar o uso dessa ferramenta na prática do cuidado em saúde, principalmente em pediatria.

2. Benefícios / Contribuições Do Estudo

Acredita-se, diante da relevância do tema, que este estudo possa contribuir com a propagação de conhecimentos sobre a TAA como uma estratégia de humanização do cuidado e de seus benefícios na assistência de enfermagem pediátrica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A.; NASCIMENTO, A. A.; DUARTE, A. M.. Terapia Assistida por Animais: A experiência dos enfermeiros com o uso desta prática em um hospital oncológico. *Investigação qualitativa em saúde*. vol. 2. 2016. Disponível: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/818/804>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BERLANDA, Joslaine Bícigo; *et al.* **Terapia Assistida por Animais em um hospital pediátrico: relato de experiência de um programa extensionista**. *Interfaces - Rev. de Extensão da UFMG*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p.01-591 jan./jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/19068>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Secretaria de Assistência à Saúde Hospitalar, p. 60, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 abr. 2022.

CHELINI, Marie Odile Monier; OTTA, Emma. *Terapia assistida por animais*. p.1-131. Barueri, SP: Manole, 2016.

CERIBELLI, C.; NASCIMENTO, L. C.; PACIFICO, S. M. R.; LIMA, R. A. G. **A Mediação de Leitura como Recurso de Comunicação com Crianças Hospitalizadas**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 janeiro-fevereiro; 17(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4D8fzQBbfXRhdv4QvvT97kR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2022.

CRIPPA, A.; FEIJÓ, A. G. S. **Atividade assistida por animais como alternativa complementar ao tratamento de pacientes: a busca por evidências científicas**. *Revista Latino-americana de Bioética*. Bogotá, v. 14, n. 1, p. 14-25, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v14n1/v14n1a02.pdf> . Acesso em: 15 fev. 2022.

FERREIRA, J. D. O.; *et al.* **Estratégias de Humanização da Assistência no Ambiente Hospitalar: uma revisão integrativa**. *Revista Ciência Plural*.

2021; 7(1):147-163. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23011/13726>. Acesso em: 06 mai. 2022.

KAWAKAMI, C. H.; NAKANO, C. K. **Relato de experiência: terapia assistida por animais (TAA) - mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro.** An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. Mai. 2002. Disponível em:
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 15 abr. 2022.

KOBAYASHI, C. T. et al. **Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 62, n. 4, p. 632-636, jul./ago. 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/GjDXNChhKQxZdpPqqzn3qBs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

LIMA, G. Q.; Paranhos M. E.; Ferreira V.R T.; **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis.** Porto Alegre: Ed. PUCRS; 2012.

MACHADO, J. A. C.; ROCHA, J. R.; SANTOS, L. M.; PICCININ, A. **Terapia Assistida por Animais (TAA).** Rev. Científica Eletrônica de Medicina Veterinária. Número 10. Jan. 2008. Disponível em:
http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yBDakPBzygjaglw_2013-5-28-12-0-12.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

MOREIRA, R. L. et al. **Terapia assistida com cães em pediatria oncológica: percepção de pais e enfermeiros.** Rev Bras Enferm. [Internet]. v. 69, n. 6, p. 1122-8, nov. /dez. 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/gmq7YL4PTVSSC5q7VP6j3HQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

PEREIRA, Marilda de Oliveira. **Prática Assistencial de Enfermagem: Humanização no Cuidado.** Termas em Saúde, vol. 17, n. 3. João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17311.pdf>
Acesso em: 07 mar. 2022.

SILVEIRA, I. R.; SANTOS, N. C.; LINHARES, D. R. **Protocolo do programa de assistência auxiliada por animais no hospital universitário.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 283-8, março 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/YBpsZBJYWSRzsMsJDHYbDvg/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2022.

VISITA DOMICILIAR: estratégia de qualidade no atendimento e assistência familiar

Ana Carolina Duarte
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
anacduarte1005@gmail.com

Eduarda Tavares Silva
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
eduardatsilva7@gmail.com

Larissa dos Santos Silva
Graduanda em Enfermagem – Uni-FACEF
llarissasillv6@gmail.com

Rafael Pimenta De Lima
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
rafaelpimenta73@gmail.com

Nádia Bruna da Silva Negrinho
Docente do Departamento de enfermagem – Uni-FACEF
nadia.bruna@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD), sendo uma modalidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. As atividades da visita vêm para intervir ou minimizar o processo saúde-doença da comunidade, sendo importante no mapeamento de risco, no conhecimento das necessidades de saúde e situações de vulnerabilidade da população. Tem como benefícios à assistência da família, como a redução de custos, a aproximação com o indivíduo, a escuta atenta, o conhecimento de suas realidades e a identificação dos riscos no domicílio, deparando com fragilidades (KAWATA et al, 2013).

A prática da VD se faz fora da unidade de saúde tendo um maior contato com o paciente, sem perder o contato com a sua unidade de referência. Se define

por ser uma tecnologia leve, tendo o cuidado à saúde de forma completa, olhando o indivíduo como um todo, acolhendo e estabelecendo laços entre a equipe e comunidade visando conciliar toda a rede de atenção que este paciente possui, diante da realidade que ele se encontra atendendo todas as necessidades desse indivíduo de forma qualificada e integrada. (ANDRADE et al., 2014).

Segundo Ceccim e Machado (1995) a VD, é voltada ao indivíduo, família e comunidade onde visa a maior equidade da assistência à saúde, junto com os recursos sociais que são prestados ao paciente. Ela é definida como um conjunto de ações educativas. O principal objetivo da visita é vivenciar/conhecer o paciente em todo o seu meio familiar, o que favorece um contato maior do profissional com os demais integrantes do grupo familiar, sendo um instrumento que permite uma aproximação com uma forma de interagir com o meio em que o indivíduo vive, observar a realidade e propiciando a reflexão junto às famílias em relação às necessidades de saúde sentidas por eles, ampliando o reconhecimento do seu contexto de vida, condição básica para o cuidado integral.

A Resolução COFEN nº 464 de 20/10/2014 define que as ações desenvolvidas no domicílio, visando a promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e doenças, tratamento de doenças e sua reabilitação.

Pressupõe que a formação dos profissionais de saúde precisa ser mudada de acordo com esta modalidade de atenção domiciliar. Nessa perspectiva, os profissionais devem ter uma visão ampliada para a necessidade de saúde da população onde está prevista nas diretrizes do SUS e faz parte do cotidiano das instituições formadoras e dos serviços de saúde, que vêm empenhando continuamente esforço para modificar o atual modelo de atenção à saúde (MAZZA, 1994).

O enfermeiro tem competência técnico-científica para exercer suas atividades educativas e assistenciais de forma aperfeiçoada, através da identificação das demandas encontradas na VD. Sendo assim, a atuação do enfermeiro é indispensável para comunidade pois ele possui um olhar diferenciado e particular para cada usuário assistido (ALVES e ACIOLE, 2011).

É fundamental que o enfermeiro construa um vínculo com seu paciente e familiares utilizando linguagem apropriada para cada caso, escuta ativa e acolhedora onde consegue captar tudo aquilo que não foi mencionado na visita vendo o paciente como um todo e não apenas a doença. (KAWATA et al., 2013).

É válido lembrar que a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) é um dos instrumentos mais utilizados na VD por profissionais de enfermagem conforme a literatura (ALVES et al, 2013).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu o compromisso de desenvolver o projeto no país e, em 1996, promoveu a primeira oficina de trabalho que deu origem ao projeto Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, sob a orientação do Conselho e com apoio financeiro da Fundação Kellogg. Este projeto representa a contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (ALVES et al. 2013).

Todavia, a sua aplicabilidade e a estruturação da SAE dependem do envolvimento do profissional durante a sua atuação profissional, fazendo com que ainda não tenha alcançado a plenitude de suas possibilidades. Desse modo, é fundamental trabalhar a CIPESC na formação de profissionais durante o núcleo acadêmico, já que o principal desafio “é superar o uso de um sistema classificatório como um simples instrumento de trabalho e visualizá-lo como novação tecnológica capaz de produzir mudanças que oportunizem o trabalho da enfermagem. Assim, a CIPESC busca padronizar a linguagem nos serviços da Atenção Básica, possibilitando a autonomia do enfermeiro e a sua inserção definitiva no processo de trabalho em saúde. Além do mais, desperta a autonomia do usuário uma vez que permite o atendimento no contexto que vivencia mediante o cuidado domiciliar. (ALVES et al. 2013).

2. OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é relatar a experiência de estudantes do último ano do curso graduação em enfermagem na realização de uma atividade de

visita domiciliar e elaboração de diagnóstico e intervenção de enfermagem utilizando a CIPESC.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado a partir da experiência de quatro estudantes do curso de graduação em Enfermagem no município do interior paulista, durante a realização das visitas domiciliares à comunidade no decorrer do estágio supervisionado para conclusão do curso. O relato de experiência revela as ações do indivíduo como um agente humano e participante da vida social e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o indivíduo conta sua história e o profissional desvenda e soluciona os aspectos subjetivos (DAVIM RMB, 2002).

A visita domiciliar do Sr. R.O foi realizada vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), teve como finalidade a escuta e coleta de dados qualificada sobre os medos, anseios, sentimentos, perspectivas, expectativas, dores e o caso clínico do paciente. A visita foi previamente planejada e estabelecido os objetivos e para coleta dos dados, foi realizada entrevista de forma semiestruturada.

Desta maneira, utilizamos a CIPESC para buscar os possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem que poderiam ser implementadas, diante do nosso cliente e de acordo com pesquisas realizadas para estruturar este relato. A CIPESC deve ser utilizada em Educação em Saúde, sendo assim, este instrumento auxilia os enfermeiros em um atendimento qualificado visando atender as necessidades do paciente.

Para que esta entrevista fosse realizada, utilizamos para a coleta de dados um roteiro específico para VD elaborado pelos estudantes e docente, nele contendo informações importantes como identificação do paciente, história pregressa, estrutura familiar, domicílio, entre outros.

Instrumento aplicado:

- Identificação do paciente (nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade)
- História pregressa (sinais vitais, patologias, medicamentos)
- Exame físico (desnutrição, higiene, mobilidade, capacidade do autocuidado, presença de lesões)
- Estrutura familiar (qual a condição)
- Alimentação (como se alimenta, horários das refeições)
- Domicílio (como é a casa, comodos, bairro, condições)
- Testes, se necessário (barthel, mini mental, braden, ficha avaliativa de curativo)

Foi realizado um único encontro presencialmente na residência do paciente, durante a visita foi coletado os dados do paciente no modelo subjetivo, objetivo, aplicação e plano, baseado em seu histórico de vida. O Sr. R.O. tem 60 anos, diagnosticado com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), enfisema pulmonar e câncer de pulmão.

Todo o processo da relação entre usuários se deu através do contato da nossa preceptora com a família, que foi até a unidade de saúde buscar materiais utilizados nos cuidados ao paciente, atendendo as necessidades e de seus cuidadores. Mediante ao caso, foi realizada uma visita na residência do Sr. R.O. No período da manhã e lá encontramos o mesmo com sua filha que tinha feito curso de cuidadora e por esse motivo, não tinha dificuldades para o cuidado com o pai. Utilizou-se o CIPESC para as intervenções de enfermagem.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A VD foi direcionada através das dúvidas e preocupações que as filhas e cuidadoras do paciente possuíam, mesmo tendo feito um curso de cuidadores, antes de todas as necessidades do pai ser evidenciadas, entretanto, estavam inseguras

em alguns procedimentos na qual o cuidado não instruído é um fator negativo na promoção e prevenção da saúde do paciente.

Um dos eixos centrais da AD é a “desospitalização”. Proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; para que haja uma sistematização e minimização de riscos e intercorrências que possam a vir surgir durante o cuidado, a equipe oferece uma assistência necessária para que esse paciente tenha um suporte capaz de atender suas necessidades, minimizando intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções, oferece também suporte emocional necessário para o paciente e seus familiares; institui o papel do cuidador que pode ser um parente, um vizinho, ou qualquer pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2012)

É válido lembrar sobre os princípios do SUS que nesta visita foi possível identificar com clareza o quanto a unidade básica pode ajudar a sociedade de acordo com a universalidade. “A universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, todavia, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos.” (BRASIL, 2000).

Ao chegarmos na residência fomos recebidos por uma das filhas da paciente, a mesma relata que na residência moram ela e a irmã e os seus dois filhos, diz que possui outro irmão, mas reside em uma casa localizada ao lado da sua e lhe ajuda frequentemente em suas necessidades. Durante a VD encontramos algumas fragilidades da família que poderiam ser reduzidas com o auxílio serviços que o SUS oferece, concomitantemente, relacionamos o princípio da integralidade que de acordo com a necessidade realizar a promoção em saúde de forma singular e colocar em prática os desafios ali encontrados para melhor atender a família e o cliente.

Após adentrar na residência do paciente, nos sentimos incomodados ao invadir a privacidade da família, mas no decorrer do tempo, trocamos informações e conversamos, tirando dúvidas e entendendo um pouco da história do Sr. R.O.

Percebemos o quanto eles estavam se sentindo à vontade com nossa presença e felizes por estarmos ali naquele momento para avaliar e cuidar, gerando emoção no paciente que se encontrava abatido devido sua situação. Estávamos buscando soluções para melhorias, como também orientações para cada familiar. Uma de suas filhas relata que ela e seus irmãos tinham a necessidade de fazer coletas recicláveis para ajudar com a despesa da casa e com o pai. Com isso, identificamos fragilidades financeiras.

O Sr. R.O, por estar com a idade avançada e devido às patologias apresentadas necessita de cuidados específicos de suas filhas, é totalmente dependente de cuidado o que acaba desencadeando e/ou aumentando esse sentimento de impotência e depressão.

“Os idosos tornam-se mais dependentes de cuidados e apoio psicológico, por terem mais predisposição aos processos patológicos que acometem sua idade.” (SILVA et al., 2010).

Segundo Monteiro e Neto (2008), a velhice é a fase da vida que desencadeia o aparecimento de problemas sociais, vários autores trazem o envelhecimento como uma fase da vida especialmente que predispõe ao desenvolvimento da depressão/solidão. Já que o envelhecimento está relacionado à diminuição de atividade e possíveis rupturas de relações interpessoais, isso porque os idosos em geral vivenciam a fase da aposentadoria, sendo confrontados com mortes de amigos e cônjuges, além das doenças que acabam limitando seu contato com a comunidade, tendo uma menor possibilidade de ter um apoio.

A filha também relatou que seu pai após os cinco episódios de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sua vida modificou totalmente, afirmando que o mesmo era muito ativo e gostava da área rural e plantações, caminhava bastante e trabalhava com construção civil. Ao escutar a filha do Sr. R.O. relatando o caso, a emoção não era contida por ele. Outra informação de suma importância, foi quando a filha expôs que o pai era tabagista há 15 anos e não controlava de forma alguma os níveis pressóricos e com isso, com as consequências do tabagismo e pressão arterial descontrolada poderia acontecer um AVC.

Segundo estudos feitos pelo DATASUS, observou-se que o risco de desenvolver AVC em pacientes hipertensos e tabagistas é 83% maior, quando comparado a pacientes não fumantes (MACHADO, 2019). Por este motivo, ao comparar o caso e a forma como o paciente lidava com suas vivências. De acordo com vários estudos, a probabilidade da prevalência de AVC e entre vários outros riscos que ao ser tabagista pode acometer.

SANTOS (2013), comprovou em sua pesquisa, que as doenças cardiovasculares, aparecem com mais frequência na população idosa. Entre elas a hipertensão arterial (HAS), os infartos (IAM), anginas, insuficiência cardíaca e AVCs. Já as doenças degenerativas como osteoporose, osteoartrose, doenças pulmonares como pneumonias, enfisema, bronquites e as gripes são apontadas como as mais acometidas nos meses de inverno; ainda os diversos tipos de câncer, diabetes e infecções.

Durante a VD o paciente queixava de dor no corpo frequentemente, na qual percebemos a necessidade de questionar às cuidadoras qual a frequência da mudança de decúbito do Sr. R.O e as mesmas informaram que somente tiram ele da cama e o levam para sentar na sala e na calçada, mas que ele é resistente para mudança de posição. A partir desta informação orientamos sobre a prevenção de lesão por pressão (LPP) que é muito comum em pacientes acamados e desse relato, orientamos que a mudança de decúbito é um cuidado indispensável para prevenção de complicações decorrentes da imobilidade física que o Sr. R.o está e que para prevenir é necessário que mude de posição de três em três horas e quando for fazer a troca de decúbito ou o banho e higiene inspecionar para verificar se a sinais e sintomas que podem sugerir lesões com intuito de atuar de forma preventiva para o não surgimento.

As úlceras de pressão, também conhecidas como úlceras de decúbito, escara ou escara de decúbito, são lesões de pele ou partes moles, que se originam, basicamente, de isquemia tecidual. Elas ocorrem, devido a qualquer posição que é mantida pelo paciente durante um longo período de tempo (comum em pacientes acamados) ou por curto tempo com uma contrapressão alta, especialmente em tecidos onde há sobreposição de uma proeminência óssea, resultante da presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões do corpo. Devem ser identificados todos

os fatores de risco, objetivando programar as medidas preventivas específicas. A pele necessita de inspeção diária. É fundamental também que se faça o alívio da pressão da pele nas áreas que apresentam maior risco, ou onde são encontrados ossos proeminentes. Cuidados devem ser tomados como: (HOSPITAL MOINHOS DO VENTO, 2014)

- Mudar a posição do paciente acamado a cada 2 horas;
- Manter o colchão piramidal sobre o colchão de cama do paciente;
- Elevar os calcanhares colocando-se travesseiros macios embaixo do tornozelo;
- Uma vez ao dia, posicionar o paciente sentado em poltronas macias, ou revestidas com colchão piramidal;
- Alterar a posição das pernas quando o paciente se encontra sentado;
- Dieta rica em vitaminas e proteínas;
- Manter hidratação;
- Manter o paciente seco e limpo, trocando suas fraldas de três em três horas;
- Realizar hidratação da pele com hidratantes e/ou óleos corporais a base de vegetais;
- Usar sabonete com pH neutro para realizar a higiene da área genital;
- Manter-se atento para o surgimento de infecções fúngicas;
- Manter as roupas de cama sempre limpas e secas.

A identificação e classificação dos pacientes quanto ao risco para LPP será obtida pela aplicação da escala de Braden (adultos). Escore ≤ 12 = risco alto/muito alto. Escore 13 e 14 = risco moderado. Escore 15 a 18 = risco leve. Escore ≥ 19 = sem risco. Medidas de prevenção de LPP conforme avaliação de risco aborda: Cuidados com a pele; Redução da sobrecarga tissular e utilização de superfícies especiais de suporte; Cuidados com a hidratação e a nutrição; Educação

em saúde. As intervenções deverão ser selecionadas/aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do paciente. (UFTM, 2020).

Percebemos que as filhas sabiam brevemente da importância da mudança de decúbito, mas, pelo motivo de ser poliqueixoso, elas não sabiam a forma de agir diante da situação e conseguiam realizar estas mudanças poucas vezes no dia.

O CIPESC, foi uma das ferramentas que nos auxiliou no diagnóstico do paciente, que de acordo com a aplicação, encontramos o diagnóstico de risco para LPP, como o principal e mais agravante justamente pelas demandas e idade do paciente. Decidimos usá-lo devido sua praticidade e por apresentar uma sistematização de fácil compreensão e um diagnóstico de enfermagem para supostas intervenções para esse paciente, de acordo com o raciocínio clínico e epidemiológico do processo saúde-doença. De acordo com o instrumento utilizado, conseguimos ajudar o paciente de acordo com suas necessidades, não tendo dificuldade para realizar os diagnósticos e intervenções, pois o instrumento é de fácil acesso e leitura.

A experiência que tivemos constituiu na oportunidade de realização da educação em saúde aos cuidadores e a utilização do CIPESC no diagnóstico do Sr. R.O, todo este processo serviu para fortalecer as habilidades e conhecimentos adquiridos no decorrer da graduação, além de propiciar aos discentes, um momento de esclarecimento e informações relevantes sobre o cotidiano de cuidado, entendendo as necessidades do paciente, esclarecendo dúvidas e em frente ao que foi exposto implementando e intervindo em ações que possam propiciar uma melhora e garantir um autocuidado.

Com tudo, a equidade em situações de decisão e assistência para com esse paciente se torna necessária para todo nosso grupo, realizando o diagnóstico de enfermagem, classificações de intervenções e resultados.

A equidade, tem a evidência no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, já que esse princípio busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o

direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade (Unasus, 2015).

Ao entender e avaliar a história do Sr. R.O em alguns momentos todo o grupo se conteve para não se emocionar, o paciente estava bem emotivo, por esse motivo, ao escutar sua filha, seus olhos se enchiam de lágrimas. Quando a filha relatou que ele iria receber uma visita nossa, percebemos a alegria em sua face, mesmo não conseguindo falar ele nos mostrava a foto do neto que ele mais gosta pendurada na parede do quarto, mas quando a filha relata que ele amava desenvolver trabalhos manuais com terra, plantas e levava seu neto junto nos deparamos com as lágrimas caindo de seus olhos.

Está VD foi muito importante para nós como estudantes de enfermagem, pois percebemos que somos capazes de orientar o paciente em várias áreas, mesmo no processo de conclusão da graduação, podendo conciliar a teoria com a prática e identificar os principais problemas e necessidades encontrados durante a VD. Além disso, foi uma experiência muito rica para o desenvolvimento das próximas VD, conseguimos realizar nosso auto avaliação e ver quais as necessidades para melhorar a comunicação, as formas de orientação, criação de novos roteiros, ser mais objetivos em cada momento e focar cada vez mais no intuito que foi atender as necessidades desse paciente e avaliar nossa conduta como futuros enfermeiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a VD nos mostrou que não importa onde é qual lugar será realizado o cuidado, é necessário ter conhecimento, autonomia e responsabilidade. O campo de estágio foi enriquecedor e fundamental para o crescimento estudantil, profissional e pessoal, pois como estudantes conseguimos intervir no autocuidado do paciente e atender algumas das principais necessidades que a família relatava.

O contato direto com o paciente é a forma de colocarmos em prática tudo que a universidade nos oferece para nos capacitarmos e nos tornar profissionais mais críticos, éticos e humanos. Todo contato com o paciente nos mostra a gama de responsabilidades em enfermagem, visando a necessidade de envolver todo o conjunto familiar para um bom desenvolvimento e progressão do paciente, tendo em vista a promoção de saúde, tratamento, proteção e recuperação.

A visita domiciliar nos aproxima mais da família, principalmente quando trabalhamos com outros profissionais de diferentes abordagens e frequências, onde em nossa visita serviu para intervir e atender as necessidades do paciente. Contamos também com uma equipe multiprofissional, envolvendo médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e a comunidade e se torna uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e tempo para um atendimento mais humanizado.

REFERENCIAS

ANDRADE, F. L. J. P. et al . **Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil.** Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-196, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160151>. Acesso em: 13 abr. 2022.

ALVES, K.Y.A., Dantas CN, Salvador PTCO, Dantas RAN. **VIVENCIANDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.** Esc Anna Nery, 2013 abr - jun; 17 (2):381- 388.

ALVES, L.V., ACIOLI K.S. **Visita domiciliar: Espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde.** Rev. Enf. UERJ, 2011; 19(3): 403-9.

BEZERRA S.T.F., Coelho M.M.F., Silva L.F., Freitas MC, Guedes MVC. **Ações de enfermagem identificadas no projeto cipesc e encontradas na prática educativa de pacientes hipertensos.**, vol.5,núm.2,2006, pp. 101-108 Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453972013.pdf> Acesso em: 13 abr, 2022

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas /** Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il.

CECCIM, R.B. , MACHADO, N.M. **Contato domiciliar em saúde coletiva.** Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; [19 --?]. 7 p. . 1995.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 0464/2014**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html

DAVIM, R.M.B., BEZERRA, L.G.M. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência**. Rev Latino-am Enferm. 2002;5(10). Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext?pid=S0104-11692002000500016>.

JOSÉ, M.S.M. , GOMES, R. , CARLOS, A.S.J. et al. **O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família**. Ciênc. saúde coletiva 16 (11) • Nov 2011 Disponível em :<https://www.scielo.br/j/csc/a/cVRXnbtvdJbNNtmjntkNzM/?lang=pt> Acesso em: 13 abr, 2022.

KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, M.J.B.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. **Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado**. Revista da Escola de Enfermagem [da Universidade de São Paulo, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 961-70.

LUDMYLA, L.S.F., THALLYSON, L.D.A., BRENER, D. **Visita domiciliar na prestação do cuidado de enfermagem à pessoa idosa: um relato de experiência**. Braz. J. of Develop.Curitiba, v. 6, n.5,p.27761-27780 Mai,2020. Disponível em:<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/10089/8441>

MACHADO, OLIVEIRA, L. et. al. **FATORES QUE POTENCIALIZAM O RISCO DE AVC EM PACIENTES**.Universidade Regional UNIJUÍ. 2019.

MAZZA, M.M.P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência à saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, 1994 jul/dez;4(2):60-8.

MONTEIRO, H., NETO, F. Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência. Porto: Legis Editora, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Melhor em casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar/Caderno de atenção domiciliar**. Vol-1, Brasília-DF, 2012.

SANTOS, V.C.F. et al. Perfil das internações por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade Sul do RS. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013; 34(3):124-31.

SILVA, A.C.S, SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. **Texto Contexto Enferm**. 2010 Out-Dez; 19(4):745-53.

UNA-SUS. **Você sabe o que é equidade?**. agosto de 2015 11:19 - *Ascom SE/UNA-SUS* Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade#:~:text=No%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%20C3%BAde,a%20quem%20requer%20menos%20cuidados>. Acesso em: 19 abr, 2022.

UFTM. **Prevenção e tratamento de lesão por pressão.** Pg. 1/28 , Versão: 2 Set, 2020 Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/prevencao-e-tratamento-de-lesao-por-pressao-protocolo-nucleo-de-protocolos-assistenciais-multiprofissionais-08-2018-versao-2.pdf> Acesso em: 19 abr, 2022.

HOSPITAL DE MOINHOS. **Úlceras de Pressão: cuidados com o doente acamado.** Novembro de 2014. Disponível em: <https://www.hospitalmoinhos.org.br/institucional/blogsaudeevoce/ulceras-de-pressao>>. Acesso em: 09 de maio de 2022.

ÍNDICE

A

Ana Carolina Braz Trovão, 160
Ana Carolina Duarte, 106, 171

B

Breno Samuel Ribeiro, 139
Bruna Carolina Costa, 52
Bruna Simões, 106

D

Dra. Lívia Maria Lopes, 119
Dra. Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio,
69

E

Eduarda Tavares Silva, 171
Evelin Pires Antunes, 96, 139

F

Fernanda Silva Formal, 41, 80

G

Gislene Rodrigues Bonfim, 41, 149

J

Jaqueline de Queiroz Lima, 80
Júlia Mara de Freitas, 21, 37, 39

L

Laila Ribeiro Rodrigues, 149, 160
Larissa dos Santos Silva, 171
Letícia Salmazo Granero, 149
Lívia Ferreira Silva Verzola, 7

M

Marcia Lopes Urquiza, 41
Maria Rita Vieira de Oliveira, 160
Mariana Carriço de Andrade, 7
Matheus de Sousa Estevam, 69
Melissa Aguila Silveira, 80

N

Nadia Bruna da Silva Negrinho, 149
Nádia Bruna da Silva Negrinho, 80, 96, 139,
171

P

Patrícia Reis Alves dos Santos, 52
Pedro Ventura da Silva, 119
Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz Trovão,
21, 106

R

Rafael Pimenta De Lima, 171
Roberta Oliveira, 96, 139

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688



I.C **Uni-FACEF**

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca