



Jornada de Cuidados

80 anos de Excelência em Enfermagem

organizadores

Maridalva Ramos Leite
Maria Liracy Batista de Souza
Bruna Rafaela Leite Dias
Ricardo Luiz Saldanha da Silva
Breno Augusto Silva Duarte



Reitor Clay Anderson Nunes Chagas
Vice-Reitora Ilma Pastana Ferreira
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação Jofre Jacob da Silva Freitas
Pró-Reitor de Graduação Ednalvo Apóstolo Campos
Pró-Reitora de Extensão Vera Regina Menezes Palácios
Pró-Reitor de Gestão e Planejamento Carlos José Capela Bispo



Editora da Universidade do Estado do Pará

Coordenador e Editor-Chefe	Conselho Editorial
Nilson Bezerra Neto	Jofre Jacob da Silva Freitas (Presidente)
Revisão	Francisca Regina Oliveira Carneiro
Marco Antônio da Costa Camelo	Hebe Morganne Campos Ribeiro
Design	Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar
Flávio Araujo	Josebel Akel Fares
Web-Page e Portal de Periódicos	José Alberto Silva de Sá
Bruna Toscano Gibson	Juarez Antônio Simões Quaresma
Livraria	Lia Braga Vieira
Arlene Sales	Maria das Graças da Silva
Bibliotecária	Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva
Rosilene Rocha	Marília Brasil Xavier
Estagiário	Núbia Suely Silva Santos
João Lucas Ferreira Lima	Robson José de Souza Domingues
Natália Vinagre de Souza Souza	Pedro Franco de Sá
	Tânia Regina Lobato dos Santos
	Valéria Marques Ferreira Normando

Jornada de Cuidados

80 anos de Excelência em Enfermagem



Realização

Universidade do Estado do Pará - UEPA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS/ Campus IV
Editora da Universidade do Estado do Pará-Eduepa

Normalização e Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Capa

Flávio Araújo

Foto de capa

Lais Teixeira / arquivo ASCOM UEPA

Design

Flávio Araújo

Diagramação

Odivaldo Teixeira Lopes

Estagiária

João Lucas Ferreira Lima

Natália Vinagre de Souza Souza

Apoio Técnico

Arlene Sales Duarte Caldeira

Bruna Toscano Gibson

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da UEPA / SIBIUEPA

J82 Jornada de cuidados: 80 anos de excelência em Enfermagem / Maridalva Ramos Leite; Maria Liracy Batista de Souza; Bruna Rafaela Leite Dias; Ricardo Luiz Saldanha da Silva; Breno Augusto Silva Duarte (Orgs.). – Belém : EDUEPA, 2024.
229 p.: il.

Inclui bibliografias

ISBN: 978-65-88106-68-6

1. Enfermagem. 2. Cuidado humanizado. 3. Saúde – atenção primária. 4. Saúde – teoria transcultural. 5. Paciente - autocuidado. 6. Enfermeiro residente. 7. Enfermeiro – atenção básica. 8. Enfermagem – tecnologia assistencial. 9. Enfermagem – empreendedorismo. I. Leite, Maridalva Ramos. II. Souza, Maria Liracy Batista de. III. Dias, Bruna Rafaela Leite. IV. Silva, Ricardo Luiz Saldanha da. V. Duarte, Breno Augusto Silva. VI. Título.

CDD 610.73 – 22.ed.

Ficha Catalográfica: Rosilene Rocha CRB-2/1134

Editora filiada

 **Associação Brasileira
das Editoras Universitárias**

 **ABEC[®]
BRASIL**
Associação Brasileira de Editores Científicos

Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA
Travessa D. Pedro I, 519 - CEP: 66050-100
E-mail: eduepa@uepa.br/livrariadauepa@gmail.com
Telefone: (91) 3284-9112

   @eduepaoficial



Jornada de Cuidados

80 anos de Excelência em Enfermagem

organizadores

- Maridalva Ramos Leite
- Maria Liracy Batista de Souza
- Bruna Rafaela Leite Dias
- Ricardo Luiz Saldanha da Silva
- Breno Augusto Silva Duarte

APRESENTAÇÃO

E e-book “Jornada de cuidados: 80 anos de excelência em Enfermagem” traz artigos com temas, reflexões e experiências que mobilizam os olhares sempre atentos à Enfermagem no século XXI. É uma fonte de acesso aos saberes, que nutrem o exercício do cuidado, nas suas dimensões técnica, científica e assistencial. Faz parte da programação de celebração dos 80 anos da Escola de Enfermagem Magalhães Barata e tem como finalidade expressar a evolução do conhecimento na última década.

Os artigos apresentados nesta coletânea estão organizados em três eixos. O Eixo 1 agrupa artigos que tratam dos desafios da prática de enfermagem na região amazônica; o Eixo 2 abarca artigos com estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade; e o Eixo 3 traz os artigos que tratam de tecnologia e inovação em enfermagem na Amazônia

Os autores são professores, estudantes, gestores e gestoras, enfermeiros e enfermeiras que, como verdadeiros agentes transformadores, lançaram-se ao desafio e à oportunidade de escrever e publicar artigos que refletem a preocupação com a realidade de saúde, mas, acima de tudo, com o rigor teórico-conceitual de artigos voltados a pretendida transformação.

Assim, o e-book se constitui um marco na história da enfermagem no Pará. Esta é uma fonte qualificada, com temas atuais e inesgotáveis para embasar estudos, pesquisas e práticas assistenciais da enfermagem e na saúde. Este não é apenas um registro limitado à formação profissional, mas uma incomparável jornada rumo à excelência do conhecimento e da ação de enfermeiros e enfermeiras.

Boa leitura!

Maria Liracy Batista de Souza

Coordenadora de Curso/Enfermagem /UEPA

PREFÁCIO

A região amazônica do Brasil, com sua vasta extensão e rica biodiversidade, apresenta desafios únicos em termos de saúde pública e cuidados de enfermagem, haja vista, comunidades distantes enfrentarem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como a região abrigar uma diversidade cultural e étnica significativa, que deve ser compreendida e respeitada nas suas crenças e práticas locais para que se possa prestar cuidados culturalmente sensíveis a essa realidade.

A enfermagem desempenha um papel crucial na superação dessas barreiras, pois facilmente se adapta a desafios, sempre compromissada na garantia de prestação de cuidados preventivos e tratamento adequado, considerando questões como as doenças que são transmitidas por vetores de desastres naturais. A enfermagem deve e sempre lidera iniciativas educacionais para conscientizar a população sobre práticas saudáveis, prevenção de doenças e promoção do bem-estar.

A tecnologia desempenha um papel vital na superação de barreiras geográficas, tornando a literatura acessível a todos, independente das limitações físicas, haja vista que enfermeiros e estudantes, bem como demais profissionais de saúde e população em geral, podem ter acesso às informações com mais facilidade. Isso facilita o aprendizado contínuo e a atualização do conhecimento, possibilitando incorporação de novas evidências clínicas e qualidade na prestação da assistência.

Com base nessa realidade regional, o avanço tecnológico e a vasta produção científica da Comunidade Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará-UEPA, foi elaborado este 1º volume, 3ª edição do EBOOK, dividido em três eixos, os quais trazem artigos que abordam os seguintes temas: desafios da prática de enfermagem na região amazônica; estratégias de promoção da saúde e

prevenção de doenças na comunidade e tecnologia e inovação em enfermagem na Amazônia. Esperamos que possam contribuir para a educação permanente dos profissionais de saúde e para que a enfermagem cada vez mais desenvolva seu papel frente às barreiras da biodiversidade, com a prestação de cuidados de qualidade junto à população amazônica.

Maridalva Ramos Leite

Coord. NUPEP/Enfermagem/UEPA

SUMÁRIO

PERCEPÇÃO ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO SUBMETIDAS A AMIU ACERCA DO SERVIÇO OFERECIDO..... 14

Ivonete Vieira Pereira Peixoto
Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa
Lília Pimenta de Moraes
Raiane Bacelar dos Anjos
Felipe Costa Soares
Lidiane Assunção de Vasconcelos
Luiz Fábio Magno Falcão

A PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19..... 38

Géssica Naiane Baia Nobre
Tatiane Costa Quaresma
Franciane de Paula Fernandes
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Lívia de Aguiar Valentim

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM DUAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS..... 49

Yanka Letícia Amorim Uchoa
Livia de Aguiar Valentim
Daliane Ferreira Marinho
Tatiane Costa Quaresma
Nádia Vicência do Nascimento Martins
Franciane de Paula Fernandes
Teogenes Luiz Silva da Costa
Sheyla Mara Silva de Oliveira

**EQUIDADE NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE
LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 65**

Karine Leite Rocha

Gracis Roberto Lima Da Silva Neto

Hannah Carolyne Pires Freire

Paulo Gustavo Colorado de Jesus Paiva

Pedro Henrique da Costa Silva

João Lopes de Almeida

João Paulo Xavier Silva

**TEORIA TRANSCULTURAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO
HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 84**

Samantha Pereira Caldas

Aline Fernanda Pereira da Silva

Camila Lima Soares

Gustavo Oliveira Pimentel

Marcos de Jesus Cardoso Ferreira

Marcos Henrique dias da Costa

Thayse do Rosário Almeida

Bruna Rafaela Leite Dias

**FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO
DE TUBERCULOSE NO BRASIL: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA..... 98**

Bruna Jaqueline Ribeiro Lima

Danielle Vidal Correa

Débora de Cassia Quaresma Silva

Gabrielly Bezerra Diniz

Karina Sebastiane Prestes dos Santos

Anderson Bentes de Lima

Maridalva Ramos Leite

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO
TRATAMENTO DO HIV COM OS ANTIRRETROVIRAIS:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA LITERÁRIA 106**

Ana Paula Rodrigues Pereira

Noemy Thayane Duarte da Silva

Yasmin Amorim Campelo

José Augusto Carvalho de Araújo

Maridalva Ramos Leite

Amauri Miranda Esteves

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS PARA O
AUTOCUIDADO POR PACIENTES HIPERTENSOS 122**

Margarete Feio Boulhosa
Maria da Conceição Nascimento Freitas
Maria Tereza Sanches Figueiredo
Patrícia Amaral Lopes
Erlon Gabriel Rego de Andrade
Willian Dias Borges
Armando Martins Alves
Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Medeiros

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE ÚTERO: DESAFIOS
E EXPECTATIVAS NA CONTEMPORANEIDADE 141**

Joyce da Conceição Vasconcelos
Letícia Cardoso Silva
João Marcos Almeida da Karla
Karoline da Silva Brito
Micheli Mayara Souza Barros
Bruna Carolina Pessoa de Oliveira
João Paulo Xavier Silva

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA A
PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- NATAL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....161**

Bruna Rafaela Leite Dias
João Victor Lobo Oliveira Pereira
Aldus Artur Brito dos Santos
João Ricardo de Melo Medeiros
Abigail Moutinho Magalhães
Samantha Pereira Caldas

**EMPREENDEDORISMO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE TRABALHADORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....173**

Regina Ribeiro Cunha
Bruno Eduardo Godinho Teixeira
Mauricio das Neves Pereira
Dândara Lanara Sousa Cordeiro
Arley de Souza

**TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA CONTROLE E
PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....186**

Jaqueline Ferreira de Oliveira
Maria Beatriz Cardoso Gonçalves
Gabriela Galvão da Silva
Taís Oliveira da Silva
Leandro Marques Dias
Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes da Silva
Tatiana Menezes Noronha Panzetti

**PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE
ATENDIMENTO AO PORTADOR DE LESÃO CUTÂNEA ..199**

Margarete Carréra Bittencourt
Flávia Renata Neves Costa
Bruna Silveira Lemos de Souza
Eviny Sayuri Trindade Okada
Dyckson Leão dos Santos
Bruna Garcia de Moraes
Beatriz Veloso Lopes
Caroline Mira Freire

**A INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA NA
PERCEPÇÃO PÚBLICA DO CÂNCER DE PULMÃO: UMA
ANÁLISE CRÍTICA.....213**

Maridalva Ramos Leite
Bruna Rafaela Leite Dias
Jefferson Jorge Magalhães Tavares
Ricardo Luiz Saldanha da Silva
Evelyn Rafaela Almeida dos Santos
Alzira Almeida de Araujo

ORGANIZADORES 223

AUTORES 223

EIXO 1:
DESAFIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA
REGIÃO AMAZÔNICA

PERCEPÇÃO ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO SUBMETIDAS A AMIU ACERCA DO SERVIÇO OFERECIDO

Ivonete Vieira Pereira Peixoto

Doutora em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Lília Pimenta de Moraes

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Raiane Bacelar dos Anjos

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Felipe Costa Soares

Enfermeiro, Centro Universitário do Pará (CESUPA)

Lidiane Assunção de Vasconcelos

Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Luiz Fábio Magno Falcão

Pós-Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários,
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

O aborto é um problema de saúde pública, marcada por desigualdades sociais e regionais, em algumas regiões é a primeira causa de morte materna. As demandas do serviço obstétrico relacionado ao processo de abortamento são frequentes, porém essa assistência é secundarizada em detrimento das demais demandas obstétricas ameaçadoras do complexo mãe e bebê. Este estudo tem como intuito desvelar a percepção entre mulheres em situação de abortamento que foram submetidas a aspiração manual intrauterina acerca do serviço de saúde oferecido. A pesquisa foi feita em uma maternidade, na região de Belém no ano de 2022, com a participação de 11 mulheres. Foi aplicado um instrumento semiestruturado para a caracterização das

participantes, e posterior entrevista audiogravada contendo perguntas subjetivas. Foram encontradas 3 categorias distintas, sendo elas: acolhimento ofertado no serviço, tempo de espera no serviço, e sugestões para melhoria do serviço. Foi possível inferir que aspectos como a falha na humanização durante o atendimento, demanda maior que a capacidade resultando em demora, são obstáculos ainda presentes para uma assistência de qualidade que afeta diretamente na maneira como o usuário encara o serviço e se sobressaem como algumas das principais necessidades das mulheres em situação de abortamento.

Descritores: Assistência ao abortamento; AMIU; Planejamento reprodutivo; Humanização.

INTRODUÇÃO

O aborto espontâneo caracteriza-se pela gestação intrauterina inviável que pode ocorrer até 20 a 22 semanas de gestação ou quando o feto pesar menos 500 gramas, e é a complicação mais comum da gravidez. A maioria dos abortos espontâneos ocorrem no início da gravidez, por volta das primeiras 12 semanas (Brasil, 2022).

A idade materna é o principal fator de risco para ocorrência de abortamento e está relacionada com a idade elevada da gestante, sendo evidenciado pelas taxas de abortamento crescente conforme a idade (Costa, 2017).

Não há dados sobre aborto inseguro nos sistemas de informações de saúde dos brasileiros, portanto, as bases de dados não são precisas quanto ao quantitativo no Brasil. Em um estudo utilizando dados disponíveis nos diversos sistemas de informação, determinou que, entre 2008 e 2015, registrou-se aproximadamente 200.000 internações/ano por procedimentos relacionados ao aborto (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020).

No Brasil, o abortamento somente é permitido em casos de violência sexual e quando apresenta risco de morte para a mulher, não havendo outro meio de salvá-la (Brasil, 1940). Tornou-se permitida pelo Supremo Tribunal Federal em 2012, a interrupção da gravidez em caso de feto anencéfalo (Verdelho, 2020).

O aborto torna-se um problema de saúde pública, pois, apesar de sua ilegalidade, não impede que o mesmo ocorra sem assistência adequada, levando a inúmeros casos não notificados e resultando em piores prognósticos (OMS, 2013).

O tratamento para abortamento pode ser: expectante, medicamentoso ou cirúrgico (curetagem ou aspiração manual intrauterina - AMIU). O método de escolha dependerá do tipo identificado e das condições clínicas da mulher (Brasil, 2018).

A Organização Mundial de Saúde - OMS (2013), em suas orientações técnicas para atenção ao abortamento seguro, recomenda preparação do colo uterino principalmente para idade gestacional maior de 12 a 14 semanas, considerando o preparo também para mulheres com risco elevado de lesão do colo uterino ou perfuração uterina. Quanto ao tratamento cirúrgico, a AMIU possui forte recomendação e é a técnica de escolha para tratamento de aborto com idade gestacional até 12 a 14 semanas, sendo que este método não deve se completar com curetagem uterina de forma rotineira (Brasil, 2018).

Está contraindicada em casos em que há grande dilatação cervical (maior que 12mm), se diagnóstico de perfuração uterina, e para biópsia endometrial se a paciente for gestante. Destaca-se também, contraindicação para mulheres com mais de 12 semanas (Rosas, 2016).

A AMIU consiste em aspiração por seringa a vácuo ligada a cânulas de plástico flexível com vários diâmetros, podendo variar de 4 a 12 mm. É feita até que não haja restos na cânula (Brasil, 2018).

A chance de ocorrer um novo abortamento é maior em mulheres que já possuem histórico e casos de aborto espontâneo de repetição, sendo necessário que o acompanhamento e avaliação seja em um serviço especializado para diagnóstico e tratamento. Dessa maneira, a mulher submetida a tratamento para o abortamento deve receber orientações acerca do planejamento reprodutivo em tempo oportuno à sua presença no hospital (OMS, 2013).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) inclui o planejamento reprodutivo entre suas políticas, sendo o direito sexual e reprodutivo oferecido e garantido nos serviços de

saúde, devendo ser abordado por profissionais capacitados respeitando a autonomia das pessoas para decidirem de forma responsável se querem ou não ter filhos, quantos filhos querem e em que momento de suas vidas (Brasil, 2004).

O planejamento reprodutivo se faz importante no pós abortamento, porém as orientações acerca dos anticoncepcionais são pouco difundidas sendo uma falha na promoção da saúde. Então existe a necessidade de ações que melhorem as condições das atividades sexuais e reprodutivas das mulheres oferecendo apoio para que ela tenha acesso aos serviços de planejamento reprodutivo evitando assim novos episódios de aborto (Santos, 2019).

Portanto, acerca dos aspectos gerais supracitados sobre o aborto, foi observado na maternidade de estudo, a frequente demanda de casos de abortamento, cujo desfecho mais comum é a realização de AMIU.

Entretanto, devido a demanda às urgências obstétricas de condições ameaçadoras a vida da mulher e seu conceito, nota-se uma sobrecarga da equipe de saúde que acaba prestando atenção maior a esse público, visto a necessidade de ofertar o serviço em tempo para minimizar possíveis danos ao binômio, secundarizando a assistência à mulher em situação de abortamento criando lacunas no serviço o que, conseqüentemente, pode ter impacto na qualidade do tratamento voltado para esse público.

Além disso, na maternidade em questão, há a disposição do dispositivo intrauterino (DIU), como método contraceptivo, para mulheres que realizam o procedimento de AMIU. Nas mulheres em que não há contraindicações e que almejam aderir ao método este é disponibilizado e inserido imediatamente após a AMIU.

Considerando o crescente número de internações por aborto nos hospitais, é fundamental observar o incentivo a adesão de contraceptivos para mulheres cuja gestação não foi planejada, bem como, a orientação ao seguimento no planejamento reprodutivo, sendo esta, citada por estudos, como uma prática de grande impacto dentro dos sistemas de saúde (High Impact Practices in Family Planning, 2019).

Portanto, o abortamento, seja ele provocado ou espontâneo é frequente nos serviços, e o planejamento reprodutivo torna-se uma estra-

tégia de enfrentamento. Este compreende-se um cenário que exige dos profissionais de saúde, além de ética, sensibilidade, acolhimento, e saber científico com as usuárias.

Dessa maneira, esta pesquisa tem como questão norteadora: Qual a percepção entre mulheres em situação de abortamento submetidas a AMIU acerca do serviço oferecido? Tendo o intuito de desvelar a percepção entre mulheres em situação de abortamento que foram submetidas a AMIU acerca do serviço de saúde oferecido, e a partir disso, identificar as possíveis fragilidades da assistência de enfermagem; e observar a adesão e orientação acerca do método contraceptivo disponível e seguimento no planejamento reprodutivo.

METODOLOGIA

O estudo possui abordagem qualitativa de cunho descritivo exploratório. Foi realizado em uma maternidade localizada em Belém-PA, no ano de 2022. A pesquisa foi desenvolvida no setor de urgência e emergência obstétrica. A amostra foi selecionada de forma conveniente (não-probabilística), e contou com a participação de 11 mulheres.

Foram incluídas no estudo mulheres com diagnóstico de abortamento submetidas a AMIU (exceto por aborto legal), maiores de 18 anos, sob condições clínicas favoráveis à comunicação (alerta e responsiva, com comunicação verbal sem efeitos anestésicos), sem qualquer limitação que impedisse o seguimento da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto no comitê de ética e pesquisa com seres humanos da instituição, sendo aprovado sob CAAE: 59519022.0.0000.5171, nº 5.497.649, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, termo de consentimento para uso e gravação de voz.

A pesquisa possui duas etapas, sendo a primeira uma abordagem com registro de dados sociodemográficos da participante (idade, escolaridade, procedência, ocupação e estado civil), junto a dados relacionados aos antecedentes obstétricos (paridade, gestação atual planejada, uso de método contraceptivo e intervalo interpartal). Prosseguindo para a segunda etapa onde foi aplicada a entrevista audiogravada guiadas por instrumento semiestruturado contendo perguntas abertas.

A coleta de dados cessou após a saturação das respostas obtidas na segunda etapa, quando já não foram identificadas discrepâncias entre as opiniões documentadas.

Para análise metodológica foi utilizado a análise do conteúdo de Bardin (2016), aplicada a pesquisas qualitativas, pois se trata de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados (Bardin, 2016).

A análise de Bardin (2016) possui 3 etapas distintas, são elas: pré-análise, onde o conteúdo é organizado, e os documentos são escolhidos para possíveis interpretações; exploração dos dados: ocorre a codificação e categorização do conteúdo; e tratamento dos dados: a compreensão dos resultados concluídos podendo ser feita por meio da inferência, que é um tipo de interpretação controlada, moldada por diversos polos de comunicação. A partir da pré-análise dos dados, foram elencadas as categorias e posterior discussão a por meio da inferência (Santos, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das Participantes

A pesquisa contou com a participação de 11 (100%) mulheres. No quadro 1 observam-se informações referentes a primeira etapa da pesquisa, a partir do instrumento semiestruturado acerca dos dados sociodemográficos. Neste momento, foi notório que, em relação a idade, 2 (18,2%) participantes estavam na faixa etária de 18 a 25 anos; sendo o restante (81,8%) maior de 25 a 35 anos.

Quanto a escolaridade observou-se que uma minoria possuía ensino fundamental incompleto, bem como, ensino fundamental completo e ensino superior, sendo 1 (9,1%) participante para cada nível escolar. O restante, correspondente a 8 (72,7%) participantes, possuíam ensino médio completo. Sobre a ocupação houve variação entre participantes que possuíam empregos com renda fixa, autônomas e participantes que não possuíam emprego, autointituladas como “do lar”.

Quanto ao estado civil, 7 (63,6%) das entrevistadas eram casadas ou em união estável, e 4 (36,4%) eram solteiras.

Os resultados demonstram que mais da metade das participantes, eram provenientes de outros municípios, correspondente a 6 (54,5%) mulheres, ao mesmo que 5 (45,5%) eram residentes da capital, mesma região do hospital de estudo.

Quadro 1 - Instrumento Relacionado aos dados sociodemográficos.

Participante	Idade	Ocupação	Residência	Escolaridade	Estado Civil
P1	35	Do Lar	Outros Municípios	Ensino Médio Completo	Casada
P2	34	Assistente Administrativo	Belém	Ensino Superior Completo	Casada
P3	27	Promotora De Vendas	Outros Municípios	Ensino Médio Completo	Casada
P4	21	Confeiteira	Belém	Ensino Médio Completo	União Estável
P5	28	Autônoma	Outros Municípios	Ensino Médio Completo	Solteira
P6	22	Gari	Belém	Ensino Médio Completo	Solteira
P7	35	Do Lar	Belém	Ensino Médio Completo	Casada
P8	28	Promotora De Vendas	Belém	Ensino Médio Completo	Solteira
P9	30	Do Lar	Outros Municípios	Ensino Fundamental Completo	Solteira

P10	31	Cabelereira	Outros Municípios	Ensino Fundamental Incompleto	União Estável
P11	26	Do Lar	Outros Municípios	Ensino Médio Completo	União Estável

Fonte: autoria própria.

Quanto ao quadro 2 evidencia-se dados referentes as informações ginecológicas e obstétricas das participantes, por onde inferiu-se que 8 (72,7%) das entrevistadas eram multigestas e 3 (27,3%) eram primigestas, sendo que metade das participantes com gestações prévias possuíam histórico anterior de aborto. Das participantes, 3 (27,3%) informaram que planejaram gestação atual, e 8 (72,7%) não foram planejadas, sendo das mulheres com gestação não planejadas, 1 (9,1%) delas não utilizou nenhum método contraceptivo, bem como, outras 3 (27,3%) que planejavam gravidez. O restante das participantes, faziam uso de contraceptivos variando entre preservativo ou medicações hormonais.

Dentre as multigestas, 7 (63,6%) possuíam intervalo interpartal para gestação atual maior que um ano, e 1 delas tinha intervalo menor que um ano, e em 3 (27,3%) a questão “intervalo interpartal” não se aplica por serem primigestas.

Quadro 2 - Instrumento referente aos dados ginecológicos e obstétricos.

Paridade*	Gestação Atual Planejada	Uso De Método Contraceptivo	Intervalo Interpartal
G5P4A1	Não	Sim	> 1 Ano
G1P0A1	Não	Sim	Não Se Aplica
G2P0A2	Sim	Não	< 1 Ano
G1P0A1	Sim	Não	Não Se Aplica
G1P0A1	Não	Sim	Não Se Aplica

G2P1A1	Não	Sim	> 1ano
G4P2A2	Não	Sim	> 1 Ano
G2P1A1	Sim	Não	> 1 Ano
G2P1A1	Não	Não	> 1 Ano
G4P2A2	Não	Sim	> 1 Ano
G2P1A1	Não	Sim	> 1 Ano

***Paridade** = número de partos e abortos ocorridos previamente, onde G = número de gestações; P = número de partos e A = número de abortos. Fonte: autoria própria.

Categorias obtidas a partir da entrevista

Na segunda etapa da pesquisa as participantes responderam a questionamentos centrais subjetivos acerca da assistência hospitalar: Qual sua opinião em relação ao serviço acerca da atenção ao processo de abortamento desde sua chegada até o momento de sua alta hospitalar? Você acha que foi orientada e esclarecida sobre o procedimento realizado? Você foi orientada sobre a inserção do DIU e seguimento de planejamento reprodutivo? O que você acha importante no atendimento às mulheres que passaram pela mesma situação que você? O que acha que mais necessitou nesse período de internação?

As respostas foram analisadas, inferindo-se 3 categorias, sendo elas: Categoria 1 – Acolhimento ofertado pelos profissionais; Categoria 2 – Tempo de espera no serviço; Categoria 3 – Sugestões para melhoria do serviço.

Categoria 1 – Acolhimento Ofertado pelos profissionais:

Houve algumas divergências entre os relatos. Algumas participantes referiram um bom atendimento pela equipe e comunicação efetiva entre profissional e paciente, entretanto, a maioria apresentou queixas relacionadas ao acolhimento ofertado, no que tange ao mau tratamento do profissional e falta de comunicação para com a paciente.

Dentre os relatos que referiram um bom atendimento ofertado, pode-se observar nos relatos das participantes P7 e P10.

“Olha, eu achei ótimo, tanto que é a segunda vez que eu venho aqui, [...] eu vi agora, da participação dos médicos, tanto lá, como a enfermeira tratou super bem a gente, é tipo, muito atenciosa[...]” (P7)

“Eu vim com medo pelo que falam da santa casa[...] e foi tranquilo, eu gostei do atendimento, não foi ruim eu já tive em lugares piores (risos), eu pensava outra coisa mas não foi” (P10)

Estudos demonstram que a satisfação dos usuários também está relacionada ao acolhimento, e inferiu que a gentileza dos profissionais é um fator determinante. Em contrapartida, também há demonstração de que uma das insatisfações está relacionada ao tempo de espera no serviço (Silva *et al.*, 2017).

A humanização da assistência é capaz de criar um sistema organizacional funcionante sendo benéfico ao paciente e função da equipe de saúde hospitalar, ressalta-se ainda que os melhores hospitais possuem um constante aperfeiçoamento em busca da assistência adequada, portanto o atendimento mais humano é o impulso do processo para a melhoria do serviço (Ribeiro; Silveira, 2015).

Em discordância das respostas supramencionadas, houve participantes que relataram erro na assistência relacionado ao mau tratamento por membros da equipe profissional, falha de comunicação, acolhimento e sensibilidade com as mulheres com diagnóstico de abortamento, ressaltando que essa vivência pode ser geradora de traumas, como pode-se evidenciar no seguinte relato:

“Só tenho uma reclamação que foi o primeiro médico que me atendeu, [...] eu achei ele um pouquinho grosso e impaciente. Isso deixa até um pouquinho de trauma para quem vem pela primeira vez eu acredito que um profissional que esteja a frente dessa situação, de mulheres que estão passando pela mesma situação que eu, ele deveria ter um pingão de consciência [...] era algo que ele deveria realmente ter mais paciência em relação a isso.” (P2)

O cuidado humanizado pode ser afetado por inúmeros fatores e fortalece que depende do profissional que o pratica. Ressalta-se que os obstáculos para a implantação de uma assistência humanizada podem estar relacionados com a sobrecarga de trabalho, ambiente inadequado, deficiência na capacitação profissional, além da escassez de materiais e equipamentos (Oliveira ; Oliveira, 2012)

Em um sistema associado ao elo entre médico e paciente, a desumanização provém da mudança da condição médico artífice livre para um profissional institucionalizado regido por protocolos, com postura marcada pela impessoalidade que afeta o vínculo e confiança com o usuário. Tal característica pode relacionar-se com diminuição do tempo, comunicação influenciada pela institucionalização e tecnologia do trabalho e comprometimento da interação entre os sujeitos (Gomes, 2018).

Nota-se nesta pesquisa uma falha da humanização no que concerne ao acolhimento aos usuários do serviço, diretriz da Política Nacional de Humanização. O acolhimento é uma prática que não tem lugar, momento para acontecer e nem profissional específico para realizá-lo, deve estar presente em todos os serviços no âmbito da saúde (Brasil, 2003).

Além, disso, a prática do acolhimento é responsabilidade da equipe, com uma abordagem com base no respeito a fala da mulher, sentimentos e experiência vivida, garantir prioridade de acordo com a necessidade, privacidade no atendimento e realizar procedimentos técnicos de forma humanizada. O profissional precisa estar atento as preocupações e deve levar em consideração as percepções da mulher ofertando informações que atendam seus questionamentos e ou suas necessidades (Brasil, 2022)

A falta de comunicação dos profissionais com a paciente também é evidenciada quando questionadas acerca dos esclarecimentos sobre o procedimento de AMIU, inserção de DIU e seguimento de planejamento reprodutivo, apesar de haver relatos de mulheres que afirmam terem sido bem orientadas.

Nesse aspecto, a maioria das pacientes referiram que foram bem orientadas sobre o procedimento que seria realizado, como evidenciado abaixo:

“Sim, elas chegaram a me explicar, até porque eu não conhecia o método, eu imaginava que eu ia chegar e fazer uma curetagem que eu já tinha pesquisado e já estava horrorizada como seria feito, e aí ela me sugeriu que fosse feito dessa forma, que era algo um pouco mais sutil mas que iria resolver meu problema, mas explicaram como ia ser feito: eles iam me anestesiarem, né? Ela iria fazer o procedimento de sugar os resíduos que ainda estavam por lá, e depois iam me acompanhar para saber como ficou.” (P3)

Uma das participantes ressaltou a importância do esclarecimento do profissional sobre as condutas e procedimentos que serão realizados como forma de acalmar perante a condição clínica, como observado no relato de P7:

“Sim, me orientou muito bem, até me acalmou né, porque na hora da perda a gente não vai saber o que vai acontecer uma coisa assim, então o jeito que ela me tranquilizou me deixar bem [...] porque pra acontecer isso, tipo assim, a gente fica abalada de qualquer jeito.” (P7)

Existe necessidade de cuidados acerca das demandas emocionais dos usuários, e a relação entre médico e paciente se trata de uma configuração central para a melhoria da qualidade da assistência em saúde e relaciona-se com várias abordagens como: uma assistência individualizada, a humanização e o direito à informação (Leite; Yoshii; Langaro, 2018). O profissional que informa o paciente sobre sua condição deve reduzir o impacto negativo, utilizando técnicas básicas desde os cuidados iniciais para comunicação em local adequado até as orientações específicas do caso (Bonamigo, 2015).

Houve relato acerca da falha de comunicação do profissional com o paciente, onde uma das participantes referiu que não estava ciente de que seria necessário realizar o procedimento de AMIU, sugerindo que não houve comunicação da conduta que seria tomada, como nota-se no relato de P5:

“Então, fui recebida bem lá onde me chamaram, acho que o erro foi quando perguntei pra médica se eu ia ter que fazer alguma limpeza por dentro, ter que tirar alguma coisa, se tinha resto de alguma

coisa, e ela disse que não que já tinha decidido tudo que eu só tava com uma inflamação e que só precisava tomar um antibiótico, que não precisaria fazer procedimento.” (P5)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde inclui, como uma de suas diretrizes, o direito do cidadão ao atendimento em tempo hábil e humanizado, e o direito do usuário de ter informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível como seus possíveis diagnósticos, justificativas de exames solicitados, riscos de procedimento, entre outros (Brasil, 2017).

A falta de respeito aos direitos dos usuários gera impacto na assistência considerando um atendimento individualizado, e isto pode ser atribuído a complicações como abuso de poder, indiferença, falta de respeito, banalização do sofrimento alheio e o mau tratamento ao paciente (Silva Júnior e Noro, 2019).

Quando questionadas sobre o esclarecimento acerca da possibilidade ou não de inserção do DIU e seguimento no planejamento reprodutivo, algumas das participantes afirmaram que não foram esclarecidas, como observado na paciente P2: *“Não fui orientada, eu apenas li nos cartazes que estavam espalhados pelo hospital, não chegaram a comentar [...]”*.

As tecnologias são elementos que atuam para contribuir na orientação ao usuário, geradas a partir de saberes científicos, e usadas para intervenção em eventos práticos da rotina dos serviços, tendo como objetivo a solução de dificuldades humanas e estruturais (Silva *et al.*, 2019). Foi possível observar que o hospital alvo da pesquisa possuía placas informativas acerca do DIU, e através dela algumas mulheres obtiveram algum conhecimento sobre este método.

De todas as participantes, 2 delas referiram que fizeram a inserção do DIU pós procedimento de AMIU. A maioria das participantes referiram que não foram orientadas sobre a possibilidade de inserção, ou até mesmo se há contraindicações para tal método bem como encaminhamento ao planejamento reprodutivo, como evidenciado pela participante P11 e P9, respectivamente: *“Não, só fui ver porque eu tava lendo as placas mesmo, mas de ser orientada pra fazer ou perguntar se queria não [...] Não (sobre orienta-*

ção ao planejamento reprodutivo), *não teve essa conversa.*” e “*Não chegou a falar sobre o DIU, nem me falou sobre isso (planejamento reprodutivo)*”.

Uma das pacientes refere em seu depoimento possuir presença de miomas uterinos, não sendo explicado sobre o DIU ou esclarecida acerca de sua possível contraindicação para este método, como é observado no relato da paciente P2: “[...] *Eu tenho miomas e ainda tem alguns eu preciso ter um acompanhamento para não acontecer novamente (sobre o aborto) [...]*”

Assim é possível associar que a não inserção do DIU está potencialmente relacionada com a falta de comunicação por parte dos profissionais sobre a disponibilidade do dispositivo no hospital, contraindicação médica sem esclarecimento para a paciente, e a não concordância de uso do método pela mulher, por vezes motivada pelo desejo de nova gestação como evidenciado nos relatos de P7: “*Sim, me orientou, achei melhor não por enquanto, porque pretendo tentar uma nova gravidez*” (P7).

Nota-se que existem falhas no que concerne às orientações feitas pelos profissionais do serviço, visto que, apesar da maioria das pacientes afirmarem que receberam informação sobre os procedimentos que seriam feitos, ao mesmo tempo demonstraram carência de orientações claras acerca da possibilidade de adesão ao DIU, e encaminhamento ao planejamento reprodutivo, justificando as contradições no que tange aos esclarecimentos feitos pelos profissionais.

A partir do observado, há forte influência do profissional na orientação acerca do DIU com a sua adesão pelo usuário, existindo condições facilitadoras para a adesão do DIU como: segurança na recomendação e realização do procedimentos associado ao esclarecimento adequado, e também barreiras que relacionam-se com a falta de informação segura que envolve os esclarecimentos básicos, como mecanismo de ação do DIU e convicção da capacidade de facilitar o surgimento de infecções, insegurança na indicação do uso, e presença de inconsistência das orientações oferecidas pelos profissionais (Abreu *et al.*, 2021).

Uma das barreiras encontradas nos serviços para inserção do DIU, dentre outras, há a centralização da inserção do DIU apenas no profissional médico (Gonzaga *et al.*, 2017).

A partir do supracitado, outras alternativas dentro dos serviços vêm se disseminando, a exemplo, o reforço à atuação do enfermeiro na oferta e habilitação para aplicação e retirada deste método. Um estudo, feito na atenção primária, demonstrou aumento em 60% do acesso ao DIU a partir da capacitação de enfermeiros para tal função, registrando um total de 2.024 inserções do dispositivo intrauterino feita por enfermeiros, e resalta ainda, que 50% do público eram mulheres de área de vulnerabilidade social onde a gestação não planejada gera agravamento do seu contexto social (Lacerda *et al.*, 2021).

O Ministério da saúde ratifica a normatização da atuação do enfermeiro na inserção do DIU, referindo que a aplicação pode ser feita pelo médico ou pelo enfermeiro, sendo que este último deve cumprir o disposto acerca de suas atribuições, e, após realizar habilitação, poderá executar a consulta clínica, prescrição e inserção do DIU (Brasil, 2016).

Dentre as participantes que receberam orientação acerca da necessidade de acompanhamento no planejamento reprodutivo destaca-se que a relevância desse programa vai além da orientação e acesso aos METODOLOGIA contraceptivos, mas também atua no auxílio a concepção incluindo a abordagem acerca da infertilidade. Nesse contexto, o profissional de saúde tem papel fundamental na garantia de acesso à informação sobre fecundidade e corpo; devendo-se respeitar a escolha e tomada de decisão da usuária, desestimulando discursos que reduzam os direitos reprodutivos de pessoas vulneráveis socialmente ou que alimente o controle da natalidade como resolução de problemáticas sociais (Enlace, 2020).

Categoria 2 – Tempo de espera no serviço:

A maioria das participantes referiram o tempo de espera no serviço como uma dificuldade. Entretanto, apesar de em menor frequência, uma das participantes afirmou que achou o tempo de atendimento rápido apesar da grande demanda, como observa-se no relato de P7: “[...] *Achei muito bom e foi bem rápido o atendimento, foi bem rapidinho, e olha que tinha muita gente na minha frente.*” (P7)

Outras pacientes relataram a demora no atendimento associado ao tempo de jejum absoluto necessário para realização do procedimento (no mínimo 8 horas estabelecido na instituição) como um obstáculo para

uma assistência plena as mulheres em situação de abortamento, como é evidenciado no relato a seguir:

“Por um lado foi um pouco difícil porque eu vim desde ontem de manhã, aí no caso eu passei o dia todo de jejum sem poder beber *água*, sem nada, e não me deram a certeza em nenhum momento se eu já ia fazer ou se eu não ia, aí eu tive que ficar nessa espera, nessa agonia. Achei ruim a demora.” (P9)

Dessa maneira, este estudo demonstrou divergências de opiniões acerca em relação ao tempo de atendimento, havendo predominância da insatisfação quanto ao tempo de espera no serviço, ressaltando ainda que a demora associada ao jejum recomendado para procedimento foi gerador de maior aflição para as usuárias.

Em relação a demora relatada pelas pacientes, existe uma correlação entre a demanda de pacientes e capacidade de atendimento podendo resultar em demora na assistência gerando insatisfação quanto a prestação ou resolução dos serviços (Silva Júnior; Noro, 2019).

Outro aspecto evidenciado foi o jejum associado ao tempo de espera aumentado para a realização do procedimento. O jejum pré-operatório foi instituído associado ao início das práticas anestésicas, e tem o objetivo de evitar êmese, broncoaspiração, complicações pulmonares, entre outros. Em diversos países como Canadá e Estados Unidos recomendam uma diminuição do tempo de jejum com ingestão de líquidos claros ou bebidas ricas em carboidrato até poucas horas antes do procedimento (Crenshaw, 2011).

Há a recomendação de que os profissionais abandonem práticas ultrapassadas em relação ao jejum e adotem condutas atualizadas baseadas em evidências acerca das práticas pré- anestésicas, gerando sensação de bem-estar ao paciente que será submetido a procedimentos que necessitam de anestesia associada ao jejum (Crenshaw, 2011).

Categoria 3 – Sugestões para melhoria do serviço:

Nesta categoria, as participantes apresentaram suas concepções acerca das maiores necessidades na assistência de acordo com sua vivência associando-as a sugestões para melhoria do atendimento a mulheres em

situação de abortamento. Portanto, observou-se que as sugestões estão relacionadas às principais queixas sobre a assistências elencadas nas categorias anteriores.

Dentre os relatos, a sugestão de melhora em relação ao tempo de atendimento apresentou maior frequência entre as participantes como expresso no relato: *“Eu acho que falta melhorar o atendimento, por conta da demora que é grande para ser atendida.”* (P1)

Um dos fatores que se associam à demora no atendimento é a superlotação da unidade por grande demanda de situações que não foram resolvidas em outros níveis da assistência utilizadas como primeira opção para atendimento, aumento da população demográfica, crença da população que único local de resolutividade é a atenção médico-hospitalar, entre outras (Oliveira *et al.*, 2017).

Observa-se a necessidade de melhora acerca das informações ofertadas pelos profissionais, bem como, a comunicação entre a própria equipe profissional, como evidenciado no relato de P3:

“Eu acho que o corpo a corpo, eu tento entender que as pessoas estão cansadas por conta da correria mas as vezes a falta de comunicação te faz passar pelo mesmo processo, [...] Chegou uma outra enfermeira do plantão e ela falou que ia ser feito uma curetagem e eu pensei “Eu? mas não vou mais fazer curetagem” então as vezes a falta de comunicação te faz ter aquele impacto de novo. Então independente se a gente está vulnerável ou não né causa um transtorno.” (P3)

No que tange a comunicação entre os profissionais, novamente a PNH faz a abordagem, e um de seus fundamentos baseia-se no diálogo entre os profissionais em concordância com o trabalho em equipe para produção de saúde (Bonamigo, 2015). Além disso, o Programa Nacional de Segurança do paciente inclui como um dos passos para a segurança do paciente: a comunicação efetiva entre os profissionais minimizando o risco de dano desnecessário ao paciente (Brasil, 2017).

A comunicação ineficiente é um dos principais fatores para a ocorrência de eventos adversos, sendo assim o diálogo é um elemento determinante na qualidade da assistência e existe a necessidade de os profissionais serem habilitados para construção de uma relação estruturada que resul-

te em diminuição dos riscos e perpetue a segurança dos serviços (Pena; Melleiro, 2018).

Foi observado que uma das participantes elencou a percepção da priorização de gestantes em detrimento de mulheres em situação de abortamento mediante experiência vivenciada, como observa-se abaixo:

“O que eu observei aqui, uma crítica, é sobre a atenção que eles dão aqui é mais pra grávida do que pra nós que perdemos entendeu? [...] Porque tipo a gente que perdeu acho que a gente tem que ter um pouquinho mais né de atenção, porque a gente tá passando ali por um sofrimento e eu não vi isso aqui. Demorou um pouquinho, porque tipo, eles deixam passar na frente as que tão grávidas, eu sei, entendo prioridade mais pra elas, mas acho que assim, um pouquinho mais de atenção pra essas pessoas que perderam seu bebê ia ser ótimo [...]” (P7)

Uma das estratégias adotadas pelas unidades de atendimento de urgência como meio para reorganizar o atendimento é a política de acolhimento e classificação de risco, tendo como finalidade reestruturar as práticas assistenciais, com base na construção de novos valores pautados em ações humanizadas e compartilhadas. Inclui critérios de avaliação de risco, levando em consideração as condições clínicas, o grau de sofrimento físico ou psíquico do indivíduo e familiares, valorizando a atenção no tempo de atendimento diminuindo agravamentos, sequelas e internações (Brasil, 2021).

A priorização da assistência definida pela classificação de risco tem o objetivo de atender com agilidade e em tempo oportuno usuários de acordo com sua necessidade, organizando a fila de espera, entretanto, a superlotação torna a resolutividade demorada. Portanto a política de acolhimento funciona como uma estratégia para o enfrentamento da deficiência de resolutividade e qualidade da assistência, porém deve-se ampliar as deliberações entre gestores e equipe para que a classificação de risco e acolhimento seja entendida em todos os seus aspectos (Weykamp *et al.*, 2015).

E por fim, a participante P10 refere a ausência do profissional de enfermagem no acompanhamento das necessidades clínicas do paciente durante a espera para realização do procedimento de AMIU ou espera pela alta hospitalar, segue relato abaixo:

“Olha comigo, eu achei assim que depois que eu vim pra cá (sala de AMIU) não fizeram nenhuma medicação em mim, e eu senti um pouco de dor a noite, um desconforto, e acho que deviam observar mais.” (P10)

No contexto das mulheres em situação de abortamento, a humanização da assistência de enfermagem se direciona o cuidado principalmente a mulheres gestantes e em trabalho de parto, em detrimento das mulheres em situação de pós-abortamento, estas carecem de assistência física, psicológica e social diante do contexto em que se encontram, e precisam de atenção, pois o corpo sofreu alterações que devem ser avaliadas. Saliaenta-se, ainda, a necessidade de atenção as demandas físicas e ações para auxiliar o enfrentamento do luto como suporte psicológico imediato e a médio prazo (Souza *et al.*, 2022.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de abortamento é frequente e a prática do aborto inseguro é uma realidade no Brasil. É fundamental a existência de um atendimento humanizado voltado para as necessidades físicas e psicoemocionais das mulheres que passam pelo processo de abortamento.

A presente pesquisa atingiu os objetivos propostos, pois, foi possível inferir que aspectos como a falha na humanização no atendimento, demanda maior que a capacidade resultando em demora, são obstáculos presentes para uma assistência de qualidade, afetando diretamente na maneira como o usuário encara o serviço e se sobressaem como algumas das principais necessidades das mulheres em situação de abortamento.

A falha nas trocas de informações entre os profissionais e pacientes, também se mostrou como uma fragilidade da assistência. Evidenciando que existe a necessidade de respeito ao cumprimento do dever profissional, bem como sugere-se a autocritica dos profissionais na orientação adequada, assim como o estabelecimento de uma relação acolhedora e empática.

Foi notório a influência do profissional no que tange a adesão, entendimento e seguimento do usuário em relação ao planejamento reprodutivo, onde a informação e orientação se mostraram determinantes, porém ainda deficitária dentro do serviço.

Dessa maneira, é preciso atuação da gestão com medidas estratégicas de enfrentamento por meio da educação permanente em saúde acerca das problemáticas observadas. Bem como, a capacitação profissional acerca da política de planejamento reprodutivo, sugerindo-se também o incentivo e habilitação do enfermeiro na prática de inserção do DIU.

Sugere-se a realização de novas pesquisas acerca do aborto no Brasil, visto que o sistema de saúde carece de ações que abordem a assistência voltadas diretamente a mulheres em situação de abortamento.

REFERÊNCIAS

ABREU *et al.* **Fatores associados ao uso do dispositivo intrauterino (DIU):** revisão integrativa da literatura. VI Encontro Internacional de jovens Investigadores. Ceará. 2021. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/join/2019/TRABALHO_EV124_MD4_SA5_0_ID452_13072019204440.pdf> Acesso em: 08 nov. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Ed. 70, 2016. p. 229

BONAMIGO, E.L. **Manual de Bioética, teoria e prática.** 3.ed. São Paulo: All Print Editora, , 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta dos casos de abortamento.** Brasília, DF. 2022. Disponível em: < <https://static.poder360.com.br/2022/06/cartilha-aborto.pdf> > Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. **HumanizaSUS:** Política Nacional De Humanização. Brasília. 2003. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Código Penal. **Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940.** Art.128, Título I - DOS CRIMES CONTRA A PESSOA. Disponível em: < https://www.legjur.com/legislacao/art/dcl_00028481940-128 >. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: AMIU:** quando e como fazer?. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/amiuquando-e- como-fazer/> >

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS; 2004, pág. 11. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 4 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 4 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: MS, 2016. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf > Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017**. Atualiza as disposições sobre os Direitos e deveres dos Usuários da Saúde. Brasília 2017. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>> Acesso em: 05 nov . 2022.

BRASIL. Secretaria Municipal de saúde. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (SUS)hospitais municipais/ São Luís/Ma**. 2021. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf > Acesso em: 11 nov. 2022.

CARDOSO, B.B; VIEIRA, F.M.S.B; SARACENI, V. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ. 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5x-DY9yhTx5qHk5RrL/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

COSTA *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. Artmed. 7.ed. Porto Alegre, 2017. p. 276.

CRENSHAW, J.T. Preoperative fasting: will the evidence ever be put into practice? **American Journal of Nursing**. v.11, n.10, pág 38-43. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21926560/>>. Acesso em: 08 nov. 2022.

ENLACE (Brasil); United Nations Population Fund – UNFPA (Brasil) e Johnson & Johnson Foundation. **Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica**: informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da atenção primária à saúde. 2020. Disponível em: <<https://>

brazil.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/guia_para_saude_sexual_e_reprodutiva_e_atencao_obstetrica_1.pdf >. Acesso em: 05 nov. 2022.

GOMES, R. M. Alienação no trabalho médico no enfoque da humanização-desumanização. **Caderno de Saúde Pública**. V.34, n. 12. Editora da Fiocruz. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/Yhx4qcsVMGRvsYjhqGQJBvk/?lang=pt&format=pdf> > Acesso em: 08 nov. 2022.

GONZAGA *et al.* Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2017;51:e03270. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6sW3wZNcTJ53586zcsrm-v5q/?format=pdf&lang=pt> > Acesso em: 09 nov. 2022.

HIGH IMPACT PRACTICES IN FAMILY PLANNING (HIP). **Planejamento Familiar Pós Aborto**: Um componente crucial dos cuidados pós-aborto. Washington, DC: HIPs partnership; Abril 2019. Disponível em:< <https://www.fphighimpactpractices.org/pt/briefs/planejamento-familiar-pos-aborto/>>. Acesso em: 22 nov. 2022.

LACERDA *et al.* Inserção de dispositivo intrauterino por enfermeiros da atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**. Florianópolis, SC. 2021, v.12, pg:99-104. Disponível em: < <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/5209-27143-1-PB.pdf> > Acesso em: 09 nov. 2022.

LEITE, K.L.; YOSHII, T.P.; LANGARO, F. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. v. 21. N.2, Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n2/v21n2a09.pdf> > Acesso em: 08 nov. 2022.

OLIVEIRA, G.S. *et al.* Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. v.4, n.2, pág. 115-126. Aracaju. 2017. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596/2498> > Acesso em: 10 nov. 2022.

OLIVEIRA, R.J; OLIVEIRA, M.F. Os profissionais de Enfermagem frente ao acolhimento humanizado nas unidades de urgência e emergência. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 9, n. 17, Bahia. 2020. Disponível em: < [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/348486,+3+-+OS+PROFISSIONAIS+DE+ENFERMAGEM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/348486,+3+-+OS+PROFISSIONAIS+DE+ENFERMAGEM%20(1).pdf) > Acesso em: 06 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2013, ed: 2; pág.16. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;sequence=7>. Acesso em 15 fev. 2024.

PENA, M.M.; MELLEIRO, M.M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**. V.8. n.3. São Paulo. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25432/pdf>> Acesso em: 11 nov. 2022.

RIBEIRO, I.; SILVEIRA, M.G.C.C. Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar de Ciências da Saúde**. São João do Piauí, Pi, ago/out. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2040-13877-2-PB.pdf>> Acesso em: 07 nov. 2022.

ROSAS, C.F. Aspiração Manual Intrauterina (AMIU): Uma técnica segura, eficaz e de baixo custo. **Opinião do Especialista**. São Paulo. 2016.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] **Revista Eletrônica de Educação. São Carlos**. São Paulo, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br>> Acesso em: 27 nov. 2021.

SANTOS, N.L; GARCIA, E. O planejamento familiar e a mortalidade materna por aborto.

Revista Baiana de Saúde Pública. v. 43, supl. 1, p. 241-256. Jan./mar. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140423>. Acesso em: 29 nov. 2021.

SILVA, A.L.A *et al*. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Caderno de Saúde Pública**. Vitória, Pe. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n12/e00175116/pt>>. Acesso em: 06 nov. 2022.

SILVA *et al*. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciência & saúde coletiva**. V.24, n.2. Recife, PE. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/RG9dKm34fMFyLFXpQswv7Rv/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

SILVA JUNIOR, D.N.; NORO, L.R.A. Satisfação de usuários e acompanhantes com o atendimento hospitalar público brasileiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.43, n.2, pág. 390-409. Rio Grande do Norte. 2019. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2991/2737> > Acesso em 08 nov. 2022.

SOUZA, T.M. *et al.* Enfermagem a mulheres puérperas em situações de pós-abortamento: uma revisão bibliográfica. **Revista Multidisciplinar do Sertão**. v.04, n.2, p.200 – 208. Serra Talhada, PE. 2022. Disponível em: <https://revistamultisert1.websiteseuro.com/index.php/revista/article/view/417/268>. Acesso em: 13 nov. 2022.

VERDELHO, A. **Saúde atualiza novamente procedimentos para aborto no SUS. Agência Brasil**. Brasília, DF; 2020. Disponível em:<<https://www.infonormas.com.br/2022/07/19/como-referenciar-site-do-governo-normas-abnt/>>. Acesso: 2 jan. 2023.

WEYKAMP, J.M. *et al.* Acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: aplicabilidade na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. V.16, n.3. Fortaleza, CE. 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041234005.pdf>> Acesso em: 12 nov. 2022.

A PRÁTICA DO CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Géssica Naiane Baia Nobre

Mestre em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP)

Tatiane Costa Quaresma

Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Franciane de Paula Fernandes

Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Sheyla Mara Silva de Oliveira

Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Livia de Aguiar Valentim

Doutor em Ciências, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Objetivo: conhecer a prática da assistência humanizada no setor da unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. Metodologia: Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa descritiva desenvolvida em cinco etapas que seguem: busca de literaturas nas bases de dados, categorização dos estudos, avaliação dos trabalhos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Para pesquisa literaturas utilizou-se as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SCIELO). O estudo obteve espaço amostral de 17 artigos, contudo a amostra final foi composta por cinco artigos. Resultados: a pandemia causada pela COVID-19 resultou na interrupção de um dos aspectos primordiais: a humanização do cuidado. As mudanças decorrentes da pandemia da COVID-19 provocaram grandes alterações na vida das pessoas com ênfase as repercussões relacionadas ao processo saúde-doença, que vem acarretando enormes mudanças na prática do cuidado em saúde. Todavia, a prática de profissionais da saúde no desenvolvimento

do cuidado é de grande importância, pois estes profissionais são essenciais no reconhecimento do ser humano em sua complexidade, do orgânico ao espiritual, nas suas interpelações consigo e com o mundo, propondo uma visão humanística sobre o ser, um cuidado transcendental, ou seja, capaz de entender e atender as necessidades inerentes ao corpo, mente e espírito. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desenvolver o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva representa um desafio para os profissionais de saúde, pois a complexidade do setor dificulta o cuidado centrado na familiar e no paciente devido à grande carga de trabalho e manuseio dos aparatos tecnológicos mantenedores da vida dos pacientes nestes setores, que se agravou durante a pandemia da COVID-19 com a superlotação dos leitos e sobrecarga de trabalho.

Descritores: Pandemia. Covid-19. Unidade de terapia intensiva. Cuidado Humanizado.

INTRODUÇÃO

A prática integrada do cuidado humanizado representa um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se objetiva oferecer assistência de qualidade e de forma humanizada atingindo os valores sociais e individuais. Desse modo o SUS prioriza ações integradas, rompendo com o modelo biomédico centrado na doença para que se ofereça aos pacientes cuidado integral e humanizado (Medeiros *et al.*, 2016).

A prática profissional de ações e cuidados de saúde devem ser voltadas às necessidades dos indivíduos para reconhecer as necessidades de cada indivíduo e promover assistência que atenda suas necessidades. Assim, a Política Nacional de Humanização da Saúde e Gestão da Saúde no SUS (HumanizaSUS) criada em 2003, visa mudanças na gestão dos serviços, integrando práticas inclusivas e resolutivas; e inovações no processo de gestão e produção em saúde (Medeiros *et al.*, 2016).

De tal modo, nos ambientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a prática do cuidado humanizado envolve diversos fatores, como o planejamento do ambiente de trabalho e as ações assistenciais de cuidados no setor para com os pacientes propondo o conforto, cuidado e segurança na assistência oferecida pela equipe de saúde (Medeiros *et al.*, 2016).

A pandemia causada pela COVID-19 reformulou a prática assistencial de profissionais da saúde. A necessidade de medidas de restrição e superlotação dos setores hospitalares tem dificultado o cuidado integral, individualizado e humanizado na UTI. Pois, diante do cenário da pandemia a prática humanizada do cuidado centrado na família e no paciente foram ameaçados implicando no reconhecimento das necessidades individuais, dificultando a comunicação e o apoio da equipe multidisciplinar (Mortensen *et al.*, 2021).

A unidade de terapia intensiva é um ambiente destinado a paciente sem estado crítico de saúde que necessitam de aparatos tecnológicos específicos mantenedores da vida. Para tanto, os profissionais atuantes nestes setores necessitam de preparo tanto teórico quanto prático para a introdução de práticas humanitária, devido a grande complexidade, demanda de trabalho pelos profissionais de saúde (Santos; Lima, 2017).

Para tanto, diante da complexidade dos setores das unidades de terapia intensiva e do caos causado pela pandemia da COVID-19, com a superlotação dos setores da UTI, medidas de restrição e sobrecarga de trabalho pelos profissionais de saúde mostra-se de suma importância entender como ocorre a prática do cuidado humanizado nos setores da unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19. Contudo, o estudo objetiva conhecer a prática da assistência humanizada no setor da unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa descritiva desenvolvida em cinco etapas que seguem: busca de literaturas nas bases de dados, categorização dos estudos, avaliação dos trabalhos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Para guiar o estudo foi formulada a seguinte questão norteadora: como a prática do cuidado humanizado está ocorrendo nas UTI?

Para pesquisa literaturas utilizou-se as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library (SCIELO).

Os descritores utilizados foram: UTI, prática do cuidado humanizado, pandemia da COVID-19. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol; estudos completos com acesso na íntegra com a temática em questão; e artigos publicados entre janeiro de 2020 a janeiro 2024. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, artigos não disponíveis na íntegra.

O estudo obteve espaço amostral de 17 artigos, contudo a amostra final foi composta por cinco artigos. Após a pesquisa bibliográfica e seleção da amostra final, os artigos foram organizados por código, título, autor e ano de publicação. Quadro 1.

Os dados obtidos a partir da análise e avaliação dos trabalhos selecionados foram expostos de forma descritiva.

Quadro 1 – Listagem dos estudos por código, título, autor e ano de publicação.

Artigo	Título	Autores	Ano
A1	Use of telecritical care for Family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: aninterview study and sentiment analysis.	Sasangohar et al.	2020
A2	Papel do gestor em saúde na humanização do cuidado emunidade de terapia intensiva (uti): uma revisão integrativa.	Castro; Araújo; Mendes	2021
A3	As dimensões do ser humano e o cuidado de enfermagem no contexto pandêmico da COVID-19	Paula et al.	2020
A4	The alleviation of suffering during-the COVID-19 Pandemic.	Rosa; Ferrell; Aplebaum.	2020
A5	Humanização no cuidado na UTI adulto	Santos et al.	2022

Fonte: autores, 2024.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A pandemia causada pela COVID-19 resultou na interrupção de um dos aspectos primordiais: a humanização do cuidado. As restrições de visitas têm causado profundos impactos aos familiares, reduz o risco de danos relacionados a circulação do vírus, mas aumenta os danos por separação e isolamento (Sasangohar *et al.*, 2020).

A humanização na assistência traz a necessidade do desenvolvimento do cuidado de qualidade a familiares e pacientes internados na UTI. A política nacional de humanização ou conhecida como HumanizaSUS estabelece que o cuidado humanizado deve estar presente em todas as ações e serviços de saúde. No entanto, a grande atenção e tempo dispensado ao controle de equipamentos e tecnologia do setor para manter a vida de pacientes críticos tem distanciado a prática da humanização do cuidado pelos profissionais para atender as necessidades de membros da família e pacientes (Castro; Araújo; Mendes, 2021).

Os profissionais de saúde atuantes destes setores devem desenvolver o cuidado humanizado e integral, que vise atender o indivíduo em todas as suas necessidades e de forma holística, ou seja, os fatores psicossociais, sociais e espirituais. Desenvolver o cuidado humanizado nesses setores é um desafio em vista da complexidade e as vivências diárias de mortes (Castro; Araújo; Mendes, 2021).

A equipe multidisciplinar é responsável por manter o ambiente da UTI equilibrado e tranquilo, proporcionar tanto a pacientes quanto a seus familiares conforto, confiança e tranquilidade, proporcionar aos membros da família o entendimento sobre o quadro clínico do seu ente e facilitar o entendimento sobre o tratamento a ser desenvolvido, facilitando a compreensão com clareza e sensibilidade na fala, pois este pode durar por um longo período, devendo haver a responsabilidade com o cuidados com membros da família (Castro; Araújo; Mendes, 2021).

As ações de humanização nas UTI visam oferecer atendimento com um olhar sensível e acolhedor por parte dos profissionais envolvidos, melhor acolhimento, escuta qualificada, comunicação adequada e bom relacionamento interpessoal com familiares, pacientes e a própria equipe de saúde (Castro; Araújo; Mendes, 2021).

As mudanças decorrentes da pandemia da COVID-19 provocaram grandes alterações na vida das pessoas com ênfase as repercussões relacionadas ao processo saúde-doença, que vem acarretando enormes mudanças na prática do cuidado em saúde. Todavia, a prática de profissionais da saúde no desenvolvimento do cuidado é de grande importância, pois estes profissionais são essenciais no reconhecimento do ser humano em sua complexidade, do orgânico ao espiritual, nas suas interpelações consigo e com o mundo, propondo uma visão humanística sobre o ser, um cuidado transcendental, ou seja, capaz de entender e atender as necessidades inerentes ao corpo, mente e espírito (Paula *et al.*, 2020).

O apoio de profissionais da saúde, principalmente do enfermeiro, no curso da pandemia tem se mostrado essencial, em virtude dos novos desafios, do desenvolvimento de habilidades, novos conhecimentos ao mesmo tempo que atua na melhora da qualidade de vida, aspectos físicos e psíquicos de pacientes e membros da família. Os novos protocolos de controle da infecção como as restrições de visitas vêm aumentando a vulnerabilidade e causando alterações até mesmo psiquiátricas, insônia, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Paula *et al.*, 2020).

Nesse contexto que a enfermagem se mostra atuante e efetiva no enfrentamento dessas alterações, pois possui papel de protagonismo no desenvolvimento da assistência humanizada em saúde capaz de atender além dos aspectos físicos e entender os indivíduos de forma integral (Paula *et al.*, 2020).

Os profissionais da saúde devem proporcionar o equilíbrio no ambiente de atuação, ter postura empática para que possa manter boa relação e atender as necessidades das pessoas. De tal modo, buscar compreender os fatores sociais e culturais para que possa realizar o cuidado de forma ampliada e integral (Paula *et al.*, 2020).

A pandemia em curso vem causando grande repercussão na área da saúde, expondo limitações inerentes a insumos e profissionais da saúde capacitados no desenvolvimento do cuidado diante da atual crise de saúde. Pois, o cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional deve objetivar a melhora da qualidade de vida de familiares e pacientes afetados pelo SARS-CoV-2, minimizando os transtornos relacionados ao risco de

morte, atuar no alívio do sofrimento, nos fatores que afligem o paciente e seus entes, pois muitas vezes o cuidado o humanizado é negligenciado, principalmente, na crise em que vivemos, em vista da necessidade de atuação imediata para salvar vidas (Rosa; Ferrell; Aplebaum, 2020).

A teoria de Watson fala sobre a importância de os profissionais da saúde voltarem sua atenção para as necessidades humanas dos indivíduos e considerar suas particularidades para exercer o cuidado. Nessa perspectiva o profissional desempenha o cuidado com consciência e reconhecimento individual potencializando o corpo, mente e espírito ao mesmo tempo em que reconhece e aplica o cuidado de forma humanizado (Costa *et al*, 2019).

Os profissionais devem ser criativos no desenvolvimento de suas práticas de cuidado como estabelece a PNH conciliando o conhecimento técnico e científico, a ética, o respeito, ampliação da comunicação com o intuito da realização da humanização do cuidado, buscando atitudes de minimizar os impactos causados pelo isolamento e distanciamento e colocar em prática a hierarquização do cuidado (Costa *et al*, 2019).

Na assistência humanizada do cuidado deve haver dualidade, buscando promover e restaurar a saúde em um ambiente e contexto propício para o desenvolvimento de enfermidades e impactos psicossociais, buscando ampliar o cuidado para além das necessidades humanas básicas. A família do paciente deve ser vista como ponto chave no processo de cuidar, propondo a estes a sensação de valorizados, pois a valorização possibilita a boa relação e longitudinalidade e melhora do cuidado em saúde. Desse modo, surge uma nova forma de abordagem e cuidado e facilitador no desenvolvimento das relações imprescindíveis para o cuidado com o outro (Costa *et al*, 2019).

A humanização do cuidado deve ser desenvolvida de forma distinta e individualizada pela equipe multiprofissional ao mesmo tempo em que deve preservar o direito, dignidade, responsabilidade e autonomia dos envolvidos, elementos estes que constituem princípios fundamentais da política nacional de humanização (Sanches *et al*, 2016).

A Política Nacional de Humanização possui como princípios fundamentais a transversalidade, que consiste no estabelecimento da humanização em todos os programas e políticas no Sistema Único de saúde

(SUS); indissociabilidade na gestão; e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. A PNH é norteada pela gestão participativa, acolhimento, cogestão, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e participação do usuário (Catunda *et al.*, 2020).

A PNH visa um conjunto de ações integradas para melhoria de ações de saúde voltada para o cuidado e aprimoramento das relações interpessoais. Estas ações integram a eficiência técnica e científica, ética, respeito e atende as necessidades dos indivíduos, propondo o cuidado integral e de forma humanizada nos serviços (Passos *et al.*, 2015). A prática do cuidado humanizado requer que os profissionais envolvidos considerem os indivíduos em sua totalidade e não somente como objetos de trabalho. Em virtude do modelo tecnicista e reducionista, estratégias governamentais foram criadas para mudar a prática assistencial com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) (Luiz; Caregnato; Costa, 2017).

Para tanto, diante dos últimos acontecimentos decorrentes da pandemia em curso é necessário rever a prática do cuidado humanizado nas UTI para que os indivíduos sejam vistos em sua totalidade, passem por avaliação para ser reconhecido o estado de saúde físico, psíquicas e emocional para o cuidado atendimento de suas necessidades individuais, pois estes, muitas vezes, são essas práticas são esquecidas nos serviços de saúde (Lopes, 2021).

Ressalta-se a importância do envolvimento familiar no processo de cuidado humanizado. A integração da família não apenas reforça a percepção de valorização e suporte ao paciente, mas também contribui para a continuidade e qualidade do cuidado prestado, alinhando-se aos princípios de humanização que promovem uma abordagem holística à saúde. Este enfoque familiar é crucial, especialmente em ambientes de alta complexidade como as UTIs, onde o suporte emocional e o reconhecimento das necessidades psicossociais são fundamentais para a recuperação e bem-estar dos pacientes (Santos *et al.*, 2022).

Diante desse contexto, a enfermagem possui papel primordial no entendimento e reconhecimento das necessidades de saúde das famílias, grupos e indivíduos, assim ajuda-los a entender suas próprias necessidades e atuar para minimizando os impactos causados, pois é o profissional de maior contato com os entes (Shorofi *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva representa um desafio para os profissionais de saúde, pois a complexidade do setor dificulta o cuidado centrado na familiar e no paciente devido à grande carga de trabalho e manuseios dos aparatos tecnológicos mantenedores da vida dos pacientes nestes setores, que se agravou durante a pandemia da COVID-19 com a superlotação dos leitos e sobrecarga de trabalho. Desse modo, o cuidado humanizado tem sido fragilizado nestes setores indo em contramão com o princípio do cuidado integral, assim os familiares e pacientes têm sofrido graves impactos como falta de comunicação adequada, reconhecimento de suas necessidades individuais.

Ademais, o presente estudo revelou poucas literaturas voltadas para o tema em questão diante de um cenário de calamidade mundial em que o sofrimento físico, psíquico e emocional tomou conta principalmente dos setores das unidades de terapia intensiva, mostrando a necessidade de mais estudos voltados para a temática em questão com intuito de conhecer como ocorre a prática do cuidado humanizado diante da pandemia para poder produzir conhecimentos para possível implementação de ações e práticas que inimizem o problema em questão.

Concluir que o desenvolvimento do cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva se apresenta como um desafio substancial, particularmente em contextos de crise,

como observado durante a pandemia da COVID-19. A complexidade do ambiente, agravada pela superlotação e pela intensificação das demandas sobre os profissionais, tem comprometido a capacidade de manter um cuidado que respeite os princípios da integralidade e humanização.

É imperativo que as instituições de saúde invistam na formação contínua dos profissionais, com um enfoque especial para a humanização, abrangendo desde a comunicação eficaz até o manejo empático e respeitoso. Programas de treinamento específicos podem ajudar a preparar melhor a equipe para enfrentar os desafios psicoemocionais do ambiente de UTI, enfatizando a importância de cuidar não apenas do paciente, mas também de si mesmos.

Além disso, ajustes nas políticas administrativas são cruciais para facilitar a implementação do cuidado humanizado. Isso inclui revisão de cargas de trabalho, melhor alocação de recursos e criação de estratégias para facilitar a comunicação entre equipe, pacientes e familiares. A tecnologia, particularmente, oferece recursos valiosos para manter a conexão entre pacientes isolados e seus entes queridos, essencial para o bem-estar emocional de ambos.

O envolvimento dos familiares no processo de cuidado deve ser incentivado, reconhecendo-os como parceiros essenciais no processo de recuperação e decisão. Isso inclui permitir que participem ativamente das discussões sobre o plano de cuidados e tenham acesso facilitado a informações claras e transparentes.

Finalmente, uma abordagem multidisciplinar, que integre diferentes profissionais de saúde no cuidado ao paciente, é essencial para um tratamento holístico e humanizado. E, em um nível mais amplo, a cultura organizacional das instituições de saúde deve ser modelada para promover e valorizar o cuidado humanizado como um princípio fundamental, e não apenas como uma resposta a crises.

Portanto, enquanto o cenário de calamidade impõe desafios significativos, ele também apresenta uma oportunidade de reavaliar e renovar o compromisso com o cuidado humanizado, utilizando as dificuldades atuais como catalisadores para mudanças positivas e duradouras no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

CASTRO, L. P.; ARAÚJO, A. H. I. M.; MENDES, M. I. O. I. Papel do gestor em saúde na humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva (UTI): uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 4, p. 8, 2021. doi: 10.5281/zenodo.4603153.

COSTA, J. R. et al. Cotidiano dos profissionais de enfermagem e Processo Clinical Caritas de Jean Watson: uma relação. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 2019. e37744. doi: 10.12957/reuerj.2019.37744.

LOPES, C. R. **Teleatendimento psicológico aos familiares de pacientes covid-19 em UTI**: percepção das profissionais. Programa de residência integrada multiprofissional em saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/han->

dle/10183/218967/001122825.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 24 abr. 2024.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. C. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1095- 1103, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wcR7GFGhLYs7P5gmpB4kxzj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.

MEDEIROS, A. C. et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 817-823, 2016. doi: 10.1590/S0080-623420160000600015.

PAULA, P. H. A. et al. As dimensões do ser humano e o cuidado de enfermagem no contexto pandêmico da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, 2020. doi: 10.1590/2177-9465- EAN-2020-0321.

PASSOS, S. S. S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, p. 368-374, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259>. Acesso em: 24 abr. 2024.

ROSA, W. E.; FERRELL, B. E.; APLEBAUM, A. J. The alleviation of suffering during the COVID-19 Pandemic. **Palliative and Supportive Care**, v. 18, p. 376–378, 2020. doi: 10.1017/S1478951520000462.

SANTOS, J. D.; LIMA, A. K. B. S. Humanização na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Interface - Comun., Saude, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XtdsZrSxhQCgDLPLQKSkQDM/?format=pdf>. Acesso em: 24 abr. 2024.

SANTOS, R. S. et al. Humanização no cuidado na UTI adulto. **Enferm. Bras.**, v. 21, n. 3, p. 318-332, 2022. doi: 10.33233/eb.v21i3.4709.

SASANGO HAR, F. et al. Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis. **BMJ Qual. Saf.**, v. 30, p. 715–721, 2021. doi: 10.1136/bmjqs-2020-011604.

SHOROFI, A. S. et al. Psychosocial needs of families of intensive care patients: Perceptions of nurses and families. **Niger. Med. J.**, v. 57, n. 1, p. 10-18, 2016. Disponível em: <https://www.nigeriamedj.com/article.asp?issn=0300-1652;year=2016;volume=57;issue=1;spage=10;epage=18;aulast=Shorofi>.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA EM DUAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS

Yanka Leticia Amorim Uchoa

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Livia de Aguiar Valentim

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Daliane Ferreira Marinho

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Tatiane Costa Quaresma

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Nádia Vicência do Nascimento Martins

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Franciane de Paula Fernandes

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Teogenes Luiz Silva da Costa

Doutor, Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA)

Sheyla Mara Silva de Oliveira

Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram criados com intuito de melhorar os serviços de saúde, pois unem diferentes profissões em prol de uma especialidade, com o intuito de que haja troca de saberes para a promoção da integralidade da saúde. Este estudo teve como objetivo descrever a vivência das atividades práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia da Universidade do Estado do Pará, na Região do Baixo Amazonas, sob a ótica da enfermagem. Esta pesquisa foi de cunho descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. A atuação do residente ocorreu em clínica cirúrgica com os cuidados

voltados principalmente para a realização de imobilização com tala gessada; preparação no pré-operatório; instrumentação cirúrgica e manipulação com gesso no bloco cirúrgico; e cuidados pós-operatórios voltados para prevenção de complicações relacionados à cirurgia ortopédica além de orientações de alta.

Descritores: Ortopedia. Enfermagem. Assistência Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) surgiram para melhorar os serviços de saúde, pois unem diferentes profissões em prol de uma especialidade, com o intuito de que haja troca de saberes para a promoção da integralidade da saúde. Esta modalidade de especialização surgiu a partir da pactuação com o Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC) e Instituições de Ensino Superior (IES). Apesar deste método de pós-graduação datar desde antes de 1977 com a Residência Médica, foi somente em 2005 que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi regulamentada através da Lei 11.129 (Silva; Araújo, 2019).

A RMS promove, além do título de especialista, experiência com a realidade existente da especialidade na qual o residente está formando. A troca de saberes durante o período de 24 meses que transcorre o curso, gera aproximação com a real necessidade que a sociedade apresenta. São 60 horas semanais de atividades que são divididas em práticas, teóricas e teórico-prático. Além dos prós relacionados à obtenção de experiência, têm-se as questões financeiras através do recebimento mensal de uma bolsa (Sousa; De Souza Rodrigues; Bicalho, 2021). Alguns PRMS recebem um valor superior ao preconizado, pagos pelos municípios, como, por exemplo, Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

Entre as diferentes especialidades das Residência em Saúde (RS), está a Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, que objetiva capacitar o enfermeiro para atuar na complexidade da especialidade. Tendo em vista que os cuidados para o tratamento dos pacientes da ortopedia ocasionados por trauma possuem, em sua grande maioria,

tratamento invasivo, cirúrgico e complexo, os profissionais atuantes desta área, como em outras, demandam qualificação adequada (Alvarenga; Galvão; Takanashi, 2019).

Este estudo teve como objetivo descrever a vivência das atividades práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia da Universidade do Estado do Pará – UEPA, na Região do Baixo Amazonas sob a ótica da enfermagem.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi de cunho descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido através das atividades práticas de residência em dois hospitais públicos da Região do Baixo Amazonas, Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) Dr. Waldemar Penna e Hospital Municipal de Santarém (HMS) Dr. Alberto Tolentino Sotelo.

O PRMS em Ortopedia e Traumatologia na Região do Baixo Amazonas é ofertado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), em parceria com o HRBA. Atualmente, para área da enfermagem, são fornecidas 4 vagas anuais, cujo ingresso é realizado através de Processos Seletivos (PS) realizados pela UEPA.

O HRBA atende diversas especialidades, possui atualmente 153 leitos, sendo 45 destes para cirurgias, 17 para clínicos, 21 oncológicos, 19 pediátrico, 20 Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 10 UTI pediátrico, 19 UTI neonatal e 2 obstétrico. O HRBA é referência na região na realização de procedimentos de alta complexidade, especialmente os oncológicos. Os leitos da ortopedia, em decorrência da pandemia pelo Sars- Cov 19, eram 04, até a metade do mês de maio de 2021, porém, com a diminuição do número de casos, houve disponibilidade de mais 08 leitos para a especialidade.

A instituição de saúde HMS possui de 167 leitos, sendo divididos em clínicas cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica, berçário e UTI adulto. A demanda de internação no HMS para os casos de ortopedia e trauma costumavam, antes da pandemia, ser em média 60 pacientes, porém, em decorrência da Covid-19, houve redução desses números, gerando demanda de 20 a 30 leitos de internação disponíveis.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Primeiro contato e a recepção do paciente traumato-ortopédico

No primeiro momento, há diversos questionamentos feitos antes de iniciar as práticas hospitalares. O pensamento de estar se especializando em meio à pandemia do covid-19 é um pouco assustador, principalmente por não existir capacitação que prepare o residente para atuar neste cenário. As relações acabam ficando fragilizadas pelo medo de atuar, porém, antes de iniciar as atividades, os residentes foram vacinados contra o vírus, o que deu um pouco mais de segurança para iniciar as atividades práticas.

Nestes primeiros contatos, foi perceptível que as primeiras atividades assistenciais como residente gerava desconforto para o paciente, pois a insegurança transparecia diante das situações-problemas. Os ruídos existentes de diversas pessoas falando ao mesmo tempo, os sons de maquinários, questões físicas como frio e calor e a falta de conhecimento teórico-prático do residente eram fatores que interferiam diretamente no bom desenvolvimento dos serviços de saúde.

Na realização da prática, o primeiro contato com o paciente é fundamental, pois neste momento é criado um elo de confiança com o profissional. Durante esse diálogo o enfermeiro coleta as informações necessárias para traçar os cuidados de forma que sejam identificadas as fragilidades do paciente, reconhecendo as subjetividades de cada caso e, dessa forma, executa os cuidados de enfermagem de acordo com as particularidades apresentadas (Jesus *et al.*, 2016).

Em diversas situações o preceptor enfatizava a importância de manter um diálogo claro e direto com os pacientes e familiares, visto que se tratava de hospitais públicos, com grande fluxo de pessoas, onde os ruídos sonoros interferiam na transmissão de informações. Houve vários momentos em que era necessário aumentar o tom de voz para que se pudesse entender o diálogo e esta ação acabava expondo as informações dos pacientes e incomodando outros doentes.

A aproximação do profissional com o paciente gera maior clareza quanto aos cuidados que devem ser prestados, pois, quanto maior a coleta de informação, é possível traçar um diagnóstico preciso e,

consequentemente, haverá prevenção quanto aos riscos pertinentes de lesões por fratura óssea. Por isso, o enfermeiro deve fortalecer a relação com o paciente para garantir a intervenção adequada (Ponte et al., 2019). A coleta de informação consistia em saber como ocorreram as fraturas. Os tipos de fraturas eram levados em consideração para identificar o tempo estimado de recuperação do paciente, a gravidade que tem a fratura e a complexidade nos procedimentos cirúrgicos. Com o passar dos dias de prática, sabia-se que as fraturas que eram cominutivas de ossos longos eram as que demandavam mais tempo da equipe, pois, geralmente, apresentavam lesões de partes moles, o que prolongava o tempo cirúrgico e o de recuperação.

Além dos fatores citados para o planejamento do cuidado, os aparelhos tecnológicos existentes nos hospitais também interferiam neste plano, uma vez que o HMS promovia cirurgia de baixa e média complexidade, e o HRBA promovia tratamento cirúrgico de alta complexidade. Deste modo, o HMS recebe os pacientes que iam por conta própria para o atendimento, os que iam através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os referenciados por outros municípios. Quando o procedimento demandava aparatos complexos, este era transferido para o HRBA.

Em vista disso, evidenciou-se que o atendimento ao paciente ortopédico pode ser realizado de duas formas: em ambiente extra-hospitalar, quando o SAMU presta os cuidados no local onde ocorreu o trauma e direciona o paciente ao hospital de referência, ou quando o paciente dá entrada diretamente no serviço hospitalar. O que se observa na prática com relação aos pacientes que dão entrada no hospital trazidos pelo SAMU é que estes chegavam com a utilização de imobilização nos membros fraturados, o que já antecipava os cuidados da equipe hospitalar.

O cuidado exercido ao paciente, ainda no local onde ocorre o traumatismo, deve ser realizado de forma que condiga com a necessidade que o caso apresenta. Quando há vítima politraumatizada, é necessário que o SAMU faça a imobilização do acidentado, de forma que os riscos de danos sejam minimizados durante o transporte até o serviço hospitalar especializado. Desta forma, a falta de capacitação profissional para a prestação deste cuidado é considerada imperícia (Castro *et al.*, 2018).

No HMS, o médico que inicia os cuidados em ambiente intra-hospitalar é conhecido como médico da porta; este é responsável pela solicitação de exames de imagem, que são fundamentais para a visualização de fratura óssea e fechamento de diagnóstico. E, quando há suspeita ou confirmação da presença de fratura, é solicitada a avaliação da equipe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia (SOT).

A interpretação dos exames de imagem era de função médica, porém, era competência do enfermeiro atuar na equipe multiprofissional e na resolutividade das situações-problema de saúde. Na prática, a leitura de exames radiológicos também era exercida pelo enfermeiro, uma vez que existia interação entre a equipe interdisciplinar e discussão dos casos dos pacientes. Além do conhecimento do enfermeiro das fraturas existentes, era necessário conhecer as possíveis complicações de acordo com cada fratura, pois, para cada complicação, há cuidados diferenciados.

Ao chegar as imagens radiográficas, a equipe analisava com cautela para que nada passasse despercebido. No HMS, nos dias de plantão de alguns médicos ortopedistas, a equipe de residentes que prestava os cuidados de forma direta ao paciente ortopédico — enfermeiro, médico e fisioterapeuta — reunia-se para discutir os casos e viabilizar os melhores cuidados possíveis. Nestas reuniões, havia sentimento de insegurança e desconforto com as perguntas feitas, pois não houve embasamento teórico específico para a especialidade antes do início das práticas e nem concomitantemente.

A falta de capacitação em interpretação de exames de imagens radiográficas gerou insegurança na execução da assistência, uma vez que a fundamentação das teorias dos cuidados alicerça a assistência prestada. Por isso, durante as práticas hospitalares, foi perceptível a necessidade em capacitar o residente da enfermagem em ortopedia na realização da interpretação radiológica.

O diagnóstico feito com o auxílio de imagens radiográficas direcionava qual conduta terapêutica devia ser seguida. Nestes cuidados, era identificado que as fraturas podiam ser tratadas de forma cirúrgica e não cirúrgica. Durante a execução das atividades, verificou-se que após a internação do paciente e o fechamento do diagnóstico para a presença de fraturas, era necessário que fosse feita a redução da fratura, podendo ser

incruenta, quando não é necessário procedimento cirúrgico, e redução cruenta, quando há necessidade de procedimento cirúrgico.

A escolha do procedimento está associada a diversos fatores, dentre eles o local onde se encontra a fratura, o tipo de fratura óssea, a disponibilidade que o hospital oferece para os materiais de síntese, a idade do paciente e a experiência do cirurgião (Petros *et al.*, 2017).

Quando a redução da fratura não necessitava ser feita por procedimento cirúrgico, dependendo do local de ruptura óssea, podia ser realizado no leito e o enfermeiro preparava os materiais necessários para a execução dos procedimentos. Nesta preparação, era explicitado aos residentes quais materiais são utilizados e as técnicas para a execução. Porém, a explicação pelos preceptores de como deveria ocorrer o procedimento, na maioria dos casos, era feita de forma rápida, em decorrência da grande demanda do setor.

Em diversos casos, os serviços em ambos os hospitais de prática apresentavam superlotação dos leitos, o que ocasionava um fluxo intenso dos serviços de saúde. Além da alta demanda como uma das dificuldades observadas, tinham poucos recursos humanos disponíveis e poucos materiais que eram indispensáveis para a qualidade e continuidade do cuidado. O fluxo intenso dos setores gerava prolongamento do tempo de permanência dos residentes em local de prática, o que causava exaustão física e emocional, além de indisposição para o aprofundamento das pesquisas relacionadas aos cuidados específicos ao paciente traumato-ortopédico.

Com relação à busca por literaturas que norteiam os cuidados de enfermagem em ortopedia, há pouco tempo disponível para os residentes em decorrência do quantitativo de horas disponibilizadas para estudos. Tendo em vista que são 12 horas de atividades práticas, de 07h às 19h, e aulas de disciplinas do eixo comum às áreas da RMS, presenciais e online, nos turnos da noite, 19h às 21h, dificultando a busca por estudos direcionados.

Cuidados de enfermagem em clínica cirúrgica ortopédica - pré-operatório

Apesar das lacunas existentes quanto ao embasamento teórico, os enfermeiros dos setores, juntamente com os preceptores, auxiliavam nos aprendizados de rotinas dos dois hospitais de prática. Observou-se que

o cuidado pré e pós-operatório era fundamentado, principalmente, pela segurança do paciente, tendo em vista que, no geral, são cuidados complexos que são realizados e, por isso, necessitam de toda cautela.

A conduta fundamental evidenciada foi a segurança do paciente, onde foi identificado que em um dos hospitais de prática há desorganização no prontuário do paciente, sendo colocados os documentos em pastas com divisórias de plástico. Há desordem principalmente nos exames solicitados, pois alguns profissionais, ao manusear os prontuários, não colocavam dentro das pastas e até mesmo trocavam documentos de prontuários. O erro só era identificado quando o enfermeiro ou técnico de enfermagem organizava os prontuários para poder encaminhar o paciente do pré-operatório para o centro cirúrgico.

Presenciar estes erros fez com que ocorresse maior atenção do residente em manusear o prontuário, principalmente ao encaminhá-lo para o centro cirúrgico. Além disso, identificou-se, também, que a equipe de enfermagem, enfermeiro e técnico de enfermagem, é a principal atuante no gerenciamento dos documentos, pois proporciona cuidados de forma integral, o que implica em manuseio constante destes registros.

Dentre a atribuição inerente a todos os profissionais da saúde, tem-se a confirmação da identificação do paciente, que está associada à segurança do paciente. Entende-se a importância desta ação quando há necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos, tendo em vista que erros devem ser evitados para que não ocorram danos ao paciente. Atrelado a isso está o levantamento de dados para identificar comorbidades, histórico de doenças familiar, e outras informações pertinentes ao cuidado (Oliveira *et al.*, 2017).

Isso reflete na prevenção de iatrogenias, ou seja, o cuidado em não causar mais danos para os pacientes além do quadro clínico que este apresenta. Observou-se que esta responsabilidade é de todos os profissionais que estão inseridos no cuidado, sendo de forma direta ou indireta.

Entre os elementos inseridos na qualidade da assistência e na segurança do paciente, dentre os cuidados de enfermagem que antecedem os procedimentos cirúrgicos, além dos citados, está a realização de imobilização com e sem gesso. O tipo mais comum, realizado pelo enfermeiro,

foi a tala gessada. Os tipos identificados na prática são: tala gessada tipo luva, bota, axilopalmar, antebraquiopalmar, cruropodálico, suropodálico, imobilização Velpeau e outras, que competem ao enfermeiro.

Nos pacientes que possuíam fraturas e que precisavam de cirurgias, eram realizadas as talas gessadas ou imobilização com malha tubular com a finalidade de estabilização da fratura, pois qualquer movimentação poderia agravar o quadro clínico do paciente. Os materiais utilizados, no geral, foram atadura gessada, atadura crepom, algodão ortopédico, malha tubular, esparadrapo e água corrente.

Para que os residentes realizassem os procedimentos, precisavam observar primeiramente a técnica utilizada, em razão do formato correto, posicionamento adequado, tamanho certo e o tempo de endurecimento do gesso, que variava de 3 a 5 minutos. A inadequação do gesso pode provocar maior comprometimento das fraturas e, até mesmo, inviabilizar a preservação do membro fraturado. A tensão existia em todos os procedimentos que eram realizados, no entanto, quando os preceptores observavam a atuação dos residentes, este sentimento aumentava e ocasionava, em diversos momentos, desperdícios de materiais em decorrência da falta de prática e capacitação dos residentes.

A imobilização faz parte das competências desenvolvidas pela equipe de enfermagem, pois requer conhecimentos complexos para o manuseio do gesso, identificação das funções motoras, funcionamento de nervos e músculos. É importante que o profissional seja capacitado para o manuseio, pois pode resultar em mais danos do que benefícios com a imobilização feita de forma incorreta. A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de nº 422 do ano de 2012 regula a atuação da equipe de enfermagem em imobilização ortopédica (Azevedo; Soler, 2017).

A imobilização era um dos cuidados que antecediam as cirurgias, pois quando não eram cirurgias com risco de morte, o paciente aguardava até a disponibilidade de leitos, salas cirúrgicas e disponibilidade do cirurgião. Antes da realização do procedimento cirúrgico, o preceptor nos mostrou os documentos necessários que deveriam ser assinalados pelos pacientes. Estes registros estavam relacionados à ciência do paciente sobre

o tipo de procedimento que o paciente ia realizar e as possíveis complicações que podiam ocorrer. O enfermeiro era o responsável por esclarecer as dúvidas do paciente, além de garantir que todas as etapas dos cuidados fossem explicitadas.

O profissional da saúde precisa atuar com clareza na realização de procedimentos que serão desenvolvidos no paciente e, com isso, promover autonomia para que os enfermos sejam capazes de tomar decisões de forma consciente, conhecendo seus direitos e deveres diante dos problemas de saúde. Por isso, antes da realização de procedimentos, o enfermeiro deve explicar o que o paciente irá enfrentar durante a realização do procedimento e quais as complicações que o procedimento pode acarretar (Melendo *et al.*, 2016).

Após a ciência do paciente quanto à cirurgia que vai realizar, é feita a marcação da data de cirurgia entrando em contato com a equipe para que todos conheçam os casos cirúrgicos que entram no centro cirúrgico e, assim, organizem os materiais adequados. A assistência é complexa e deve ser feita de forma que os riscos de erros sejam minimizados, por isso, confirmar o local onde ocorreu a fratura e onde deveria ser feita a incisão cirúrgica foi fundamental para evitar erros. Além disso, a preparação correta para a entrada no centro cirúrgico (CC) também foi realizada com a demarcação da incisão, a retirada de adornos, a tricotomização dos pelos e a retirada de esmaltação das unhas quando necessário.

A tricotomia deve ocorrer de preferência com tricotomizador elétrico, uma vez que as lâminas podem ocasionar em danos importantes na pele, o que poderia agravar o quadro clínico do paciente. Além de melhorar a visibilidade da pele para incisão cirúrgica, a retirada dos pelos fornece diminuições nos riscos de infecção do sítio cirúrgico, o que gera menor tempo de internação cirúrgica por complicações (Carvalho; Bianchi, 2016).

Cuidados de enfermagem ao paciente ortopédico em centro cirúrgico

No centro cirúrgico de ambos os hospitais, antes do paciente entrar na sala cirúrgica, o enfermeiro do setor fazia a recepção deste na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), confirmava a identificação, verificava os sinais vitais, fazia a retirada de adornos e esmaltes das unhas,

tricotomizava e encaminhava para a sala cirúrgica. Porém, na maioria dos casos, a tricotomia era realizada em sala cirúrgica, em decorrência da presença de gesso no membro fraturado, que só poderia ser retirado quando o paciente já estivesse anestesiado.

Após a entrada do paciente na sala de cirurgia, o enfermeiro residente era o responsável pela colocação das imagens radiográficas no negatoscópio para identificar o local de incisão cirúrgica. Nesse interim, fazia-se a separação dos materiais cirúrgicos que já estavam previamente selecionados de acordo com o planejamento feito pela enfermeira responsável da ortopedia. O coxim para manter o posicionamento do paciente era feito de acordo com a região da fratura e com o grau de angulação da posição do corpo.

As caixas cirúrgicas eram separadas de acordo com o membro/região fraturado, sendo função do residente de enfermagem conhecer as caixas e a montagem dos instrumentos utilizados em cada região. Por isso, era importante que, além de assistir aos procedimentos cirúrgicos, o residente auxiliasse nas cirurgias para ter domínio dos instrumentos utilizados. A manipulação ao paciente começava apenas quando a anestesia já tivesse sido administrada e o anestesiológista liberado para manuseio.

Paralelo a isso, após os materiais organizados, o residente era responsável em fazer o preparo da pele, que consistia em realizar a antisepsia (ou degermação). Este cuidado devia ser realizado com cautela, tendo em vista que o manuseio inadequado poderia agravar a fratura. Feito isso, o enfermeiro residente escovava-se para assistir a cirurgia e realizar instrumentação cirúrgica. Após o término do procedimento cirúrgico, o residente da enfermagem era responsável por finalizar o curativo e colocar a imobilização, podendo ser gessada ou não.

O enfermeiro é responsável em garantir a qualidade da assistência e fornecer ao paciente os cuidados de forma segura, que não gere risco de complicações ou agravos irreparáveis. O papel da enfermagem em centro cirúrgico está atrelado principalmente a executar ações que visem a segurança do paciente, e estas ações envolvem a organização dos materiais, a garantia do quantitativo de insumos, a manutenção dos aparatos tecnológicos e diversas outras ações indispensáveis ao cuidado (Jesus *et al.*, 2019).

Nas primeiras cirurgias que o residente auxiliava, existia ansiedade desde a preparação para entrar na área estéril. A escovação das mãos e braços, a paramentação com capote e luva, precisavam ser feitas de forma que não fossem contaminados. Em muitas ocasiões, havia muitos profissionais dentro da sala cirúrgica, diversos aparelhos tecnológicos e mesas com instrumentos, isto gerava um ambiente com pouco espaço e, como consequência, um ambiente tenso, com ruídos e atenção redobrada para que não ocorresse contaminação. Em seguida, ao término do procedimento, o residente realizava, se necessário, a imobilização do membro fraturado e encaminhava o paciente para a SRPA.

Cuidados de enfermagem em clínica cirúrgica ortopédica - pós-operatório

Com o paciente em clínica cirúrgica, após a saída do bloco cirúrgico, o residente era responsável por verificar a evolução do paciente e orientar quanto aos cuidados que deveriam ser realizados após a alta hospitalar. Dentre as avaliações a serem realizadas estavam a verificação dos sinais vitais dos pacientes, que nas primeiras horas eram cruciais para a continuidade da assistência. A verificação das sintomatologias dos pacientes precisava ser feita para que fossem minimizados riscos de complicações pós- cirúrgicas.

Alguns sinais devem ser observados de forma constante em pacientes que sofreram algum tipo de trauma. Para os pacientes de trauma ortopédico, em alguns casos, ocorre o aparecimento de edema, parestesia, enrijecimento da região, hipoestesia e dor. Estes sinais e sintomas são caracterizados como síndrome compartimental, que é quando ocorre elevação da pressão no espaço músculo-ósteo-aponeurótico. Esta complicação é mais frequente em fraturas de ossos longos e o enfermeiro deve identificar estes casos (Botton *et al.*, 2016).

Era importante que, para a prevenção dos agravos dos procedimentos cirúrgicos, a equipe multiprofissional pudesse discutir os casos dos pacientes para que as interpretações dos sinais e sintomas fossem feitas e, desta forma, os danos fossem evitados. Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional e interdisciplinar eram fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e outros,

cujos contatos não foi possível manter durante as atividades pela atuação das práticas em locais distintos. O cuidado era realizado de forma planejada com as diferentes áreas e em comum acordo com o paciente, pois era necessário entender as necessidades específicas apresentadas.

A comunicação é fundamental nos cuidados prestados pela equipe multiprofissional, pois o gerenciamento do cuidado deve ser feito a partir de todas as informações coletadas do paciente. O diálogo precisa ser feito não somente entre os profissionais, mas também com o paciente. Por isso, as práticas de boa relação devem ser mantidas para que a qualidade da assistência perpassasse todos os setores e serviços de atendimento ao paciente ortopédico (Guzinski *et al.*, 2019).

Além dos cuidados pós-operatórios citados, a orientação quanto à alta hospitalar era necessária para uma boa recuperação. Foram evidentes as agitações dos pacientes quando estes eram sinalizados sobre o tempo de recuperação das fraturas ortopédicas, principalmente dos membros inferiores. O paciente ficava um longo período sem poder descarregar o peso corporal sobre o membro fraturado, pois havia um período extenso de recuperação óssea, dependendo da idade do paciente e do tipo de fratura. Por isso, era importante que as orientações fossem realizadas com linguagem acessível, de forma clara e simples para o bom entendimento.

As orientações com relação ao acompanhamento pós-alta hospitalar eram realizadas para que o paciente pudesse dar continuidade ao tratamento proposto para a recuperação. Era necessário que o paciente se dirigisse aos ambulatórios dos hospitais para o acompanhamento através de exames radiológicos e consultas previamente marcadas com a equipe de cirurgia e para reabilitação com a fisioterapia. Para aqueles que não possuíam condições de locomoção constante para os ambulatórios, o hospital acionava os serviços do Programa Melhor em Casa, que fornecia a assistência no município de residência do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde promove a integração de saberes entre os profissionais e a aproximação da realidade da assistência que o residente irá deparar-se depois da especialização. Esta inserção do

profissional gera diversas reflexões que devem ser levadas em conta durante as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas.

O enfermeiro, ao sair da graduação, precisa de capacitação profissional, e esta capacitação é dada durante a residência. No entanto, para que se tenha qualidade na assistência prestada, é necessário que haja embasamento teórico que acompanhe os casos que o residente se depara nas atividades hospitalares. O preceptor é um orientador importante no quesito de direcionar quanto à rotina hospitalar e os cuidados mais comuns encontrados diariamente, porém, a intensa carga de trabalho deste profissional ocasiona um déficit no embasamento teórico que deveria ser ministrado.

Houve dificuldade na realização da prática em decorrência do desconhecimento teórico de determinadas fraturas ósseas e a competência que o enfermeiro residente em ortopedia e trauma deve ter frente a estas fraturas. Além disso, a intensa carga horária diária de trabalho de 12 horas, as aulas no horário noturno e o grande quantitativo de trabalho acadêmico solicitado pelos docentes, geram cansaço extremo e falta de disponibilidade para procurar aprofundamento nos casos encontrados diariamente nos setores hospitalares.

Com isso, conclui-se que é necessário inserir, desde o início da residência multiprofissional em enfermagem em atenção integral em ortopedia e traumatologia, disciplinas teóricas e teórico-práticas que tratem de conteúdos específicos voltados para a resolução das situações-problemas vivenciadas nas atividades diárias hospitalares. Além disso, é de notória importância a disponibilidade de tempo para o aprofundamento de forma eficiente na especialidade, inserindo, como solução, as aulas teóricas na carga horária diária de 12 horas.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Gabriela Amorim Barreto; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho; AKANASHI, Silvânia Lins Yukiko. Percepção dos residentes do processo avaliativo e seus instrumentos na residência multiprofissional na atenção integral em ortopedia e traumatologia. **Revista Exitus**, v. 9, n. 1, p. 455-479, 2019. Disponível em: <http://ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/article/view/730>. Acesso em: 20 abr. 2021.

AZEVEDO, Débora de; SOLER, Virtude Maria. Fraturas e imobilizações em ortotraumatologia. **CuidArte Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 239-247, jul.-dez. 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/su-marios/cuidarte/2017v2/239.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BOTTON, Luiz Ricardo et al. Urgências em ortopedia. **Acta médica**, Porto Alegre, v. 38, n. 8, p. 1- 8, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-883058>. Acesso em: 05 mai. 2021.

CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. ed. Barueri – SP: Manole. 2016. 432 p.

CASTRO, Grayce Louyse Tinôco de et al. Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000300309&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 abr. 2021.

GUZINSKI, Célia et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Wjn8TxZSKZGXThGjhZtbPLb/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2021.

JESUS, Enéas Rodrigues de et al. A segurança do paciente em instituições hospitalares: ações da equipe de enfermagem. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 8, n. 11, p. 84-108, 2019. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/974>. Acesso em: 18 abr. 2021.

JESUS, Janaína Taiza Araújo de et al. Primeiro contato do discente com a clínica: relato de experiência. **Revista da ABENO**, v. 16, n. 3, p. 78-84, 2016. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/294>. Acesso em: 05 mai. 2021.

MELENDO, Márcio Pereira et al. Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 291-297, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/apae/a/DrhR-xXLWSLs4KC6NdTtkjk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de et al. Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. **Einstein** (São Paulo), v. 15, n. 1, p. 50-57, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167945082017000100050&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 abr. 2021.

PETROS, Rodrigo Souto Borges; FERREIRA, Paula Emília Valente; PETROS, Rafael Souto Borges. Influência das fraturas do fêmur proximal na autonomia e mortalidade dos pacientes idosos submetidos a osteossíntese com haste cefalomedular. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 52, p. 57 - 62, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361617302655>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PONTE, Keila Maria de Azevedo et al. Pacientes no serviço de emergência: perfil sociodemográfico e clínico e cuidados de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1370>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SILVA, Cinthia Alves da; ARAUJO, Maristela Dalbello de. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p.1240-1258, out.-dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/1240-1258/pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SOUSA, Tatielly Ricarte; DE SOUZA RODRIGUES, Julliana; BICALHO, Bianca Oyola. Enfermagem em atenção hospitalar (urgência e trauma): residência multiprofissional em saúde como experiência de atuação. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 25113-25121, 2021. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2016&q=SOUSA%3B+RODRIGUES%3B+BICALHO%2C021&btnG=. Acesso em: 15 abr. 2021.

EQUIDADE NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karine Leite Rocha

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gracis Roberto Lima Da Silva Neto

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Hannah Carolyne Pires Freire

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Paulo Gustavo Colorado de Jesus Paiva

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Pedro Henrique da Costa Silva

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

João Lopes de Almeida

Enfermeiro, graduado pelo Centro Universitário Vale do Salgado

João Paulo Xavier Silva

Doutor em Cuidados Clínicos, Enfermagem e Saúde, Docente na
Universidade do Estado do Pará

RESUMO

Diversos são os princípios que norteiam os SUS, distribuindo-se entre doutrinários e organizativos. Nesse contexto, merece destaque o princípio da equidade, por possibilitar agilidade no atendimento e tratamento com prioridade visando o estado de saúde, condição de vida e as devidas necessidades de cada indivíduo. Dentre os públicos considerados marginalizados socialmente, tem-se a população Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual/Travesti, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual, Não-Binário e mais (LGBTQIAPN+). O estudo objetivou analisar a literatura científica que trata do acesso e utilização da população LGBTQIAPN+ na APS sob o enfoque do princípio da equidade. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), realizada entre os meses de setembro a novembro de 2022, tendo como base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS);

LILASC; MEDLINE; BDNEF – Enfermagem, através dos descritores em ciência da saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde e Minorias sexuais e de Gênero, utilizando AND como operador booleano para busca avançada cruzada entre os descritores. Os critérios de inclusão utilizados foram: Texto completo; publicado nas línguas português, inglês; Ano de publicação de 2013 a 2022; Tipo de documento do artigo. Como critério de exclusão foram utilizados: Artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionem com o objetivo do estudo. A busca primária ocorreu na BVS, em busca avançada, cruzando os descritores “atenção primária a saúde” e “minorias sexuais e de gênero”. A amostra inicial foi de 129 estudos dos quais, após adicionados os critérios de inclusão e exclusão, restou uma amostra total de 14 artigos para compor esta revisão. Com os resultados obtidos, foi possível perceber a atuação dos servidores e profissionais que compõem a atenção primária de saúde e sua relação com o público supracitado no processo do acesso e utilização do ambiente. Ademais, foi possível perceber o vasto conhecimento dos enfermeiros atuantes com relação aos princípios do SUS, com destaque para a equidade e suas atuações técnicas no âmbito da saúde pública – muito embora seja frequentemente notada a grande sobrecarga de trabalho por conta das altas demandas dentro de sua área de atuação, o que representa perigo para desenvolvimento de problemas futuros como o de doenças mentais.

Descritores: Atenção primária à saúde. Minorias sexuais e de Gênero.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro corresponde a uma conquista social para acesso universal e igualitário à assistência à saúde de forma integral sem discriminação, com cuidados assistenciais visado na qualidade de vida com enfoque na promoção da saúde. A Constituição de 1988 já garantia que saúde é um direito de todos e dever do estado, antes disso a assistência era prestada somente àqueles trabalhadores que possuíam vínculo com a previdência social, com a constituição isto mudou (Brasil, 2020).

Diversos são os princípios que norteiam os SUS, distribuindo-se entre doutrinários e organizativos. Os doutrinários são Universalidade, Equidade e Integralidade e os organizativos são Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Participação Popular (CESRJ, 2018).

Considerando a heterogeneidade da população brasileira, faz-se necessário ponderar o acesso e a utilização dos serviços de saúde a grupos específicos, historicamente marginalizados, a exemplo da comunidade preta, amarela, afrodescendente, indígena, comunidades religiosas não cristãs e, com enfoque neste projeto, a comunidade LGBTQIAPN+ (Brasil, 2002).

Nesse contexto, merece destaque o princípio da equidade, por possibilitar agilidade no atendimento e tratamento com prioridade visando o estado de saúde, condição de vida e as devidas necessidades de cada indivíduo. Portanto, faz-se oportuno enfatizar esse princípio ao levar em consideração as lacunas que segmentam a sociedade e distinguem os sujeitos entre heterocisnormativo, pretos, amarelos, deficientes, LGBTQIAPN+ entre outras segregações impostas socialmente (FIOCRUZ, 2013).

Dentre os públicos considerados marginalizados socialmente, a população Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual/Travesti, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual, Não-Binário e mais (LGBTQIAPN+) é uma das que mais carece de atendimento equânime, pois possui necessidades e vulnerabilidades próprias, como abandono familiar, problemas psicossociais associados ao preconceito, familiar e social, perante orientação ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ligadas historicamente a esta parcela da população.

Na organização estrutural do SUS, os níveis de atenção devem atuar de modo integrado, e para isso a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha lugar de destaque. Entende-se por APS um método operacional de organização em rede de ações ativas voltadas à coletividade de seu público com enfoque para a melhoria de vida e estado de saúde (Prado; Santos, 2018).

Sendo assim, é oportuno investigar o acesso e utilização da população LGBTQIAPN+ na APS tendo a equidade como prisma analítico. Surge então a seguinte questão norteadora: como se dá, no âmbito da APS, o acesso e utilização da população LGBTQIAPN+?

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A Revisão Integrativa de Literatura consolida os achados de pesquisas relacionadas a um tema específico, enriquecendo o conhecimento científico e facilitando sua aplicação na prática. Para isso, é crucial que o revisor estabeleça um objetivo claro e conduza uma análise abrangente de teorias e questões encontradas em diversas áreas (Mendes, Silveira e Galvão, 2008).

Seguindo as diretrizes do Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa (2014), adotou-se a estratégia PICo na formulação da questão norteadora, especialmente voltada para pesquisas não clínicas. Essa abordagem, representada pelas letras do acrônimo, envolve a definição da População (P), do Interesse (I) e do Contexto (Co), visando uma formulação mais precisa da pergunta de pesquisa. Em relação ao estudo, foi definido que: P (População: Enfermeiros), I (Fenômeno de interesse: Atuação dos enfermeiros) e C (Contexto de interesse: Emergências psiquiátricas). Desse modo, teve-se como questionamento sobre “Como se dá, no âmbito da APS, o acesso e utilização da população LGBTQIAPN+?”.

Após a definição da pergunta norteadora, realizou-se a busca na literatura utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Atenção Primária à Saúde” e “Minorias sexuais e de Gênero” associados com o operador booleano “AND”. Desse modo, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Além disso, foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a captação dos artigos: Texto completo; publicado nas línguas

português, inglês; Ano de publicação de 2013 a 2022; Tipo de documento do artigo. O marco temporal foi estabelecido com base no lançamento da Política Nacional de Saúde Integral para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2013. Já os critérios de exclusão consistiram em artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionam com o objeto de estudo.

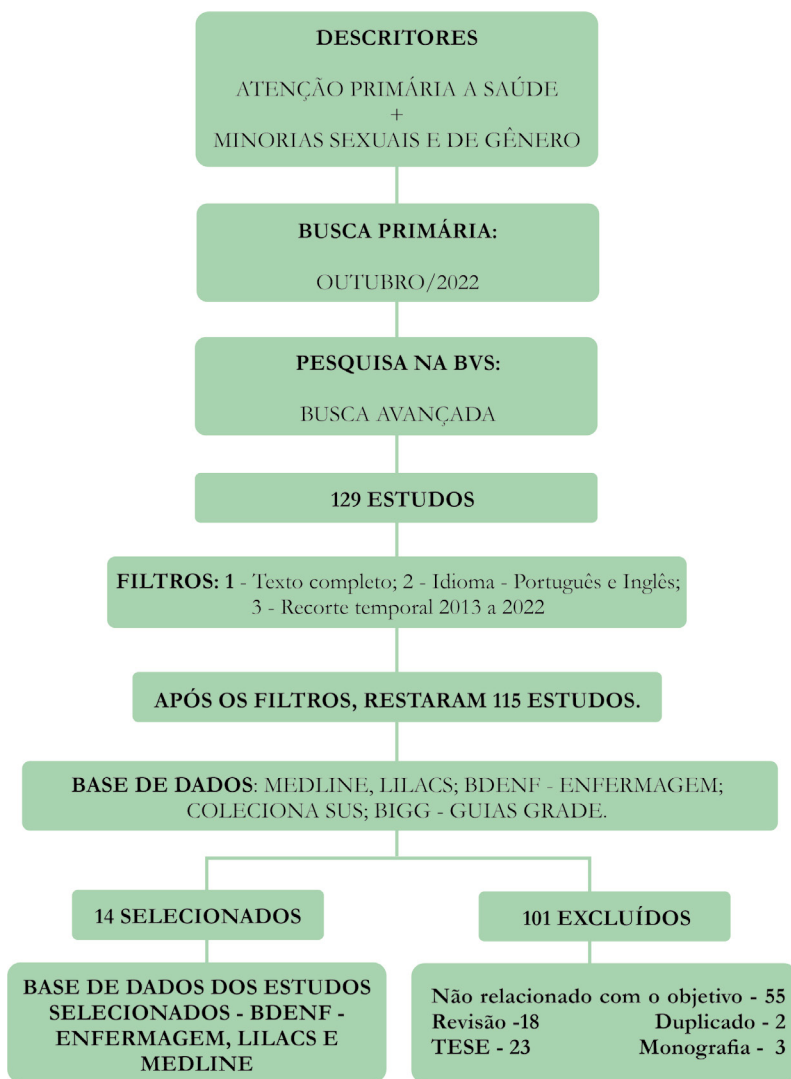
Na busca pela BVS, utilizando os descritores “atenção primária à saúde” e “minorias sexuais e de gênero” com o operador booleano “AND” na busca avançada, inicialmente foram encontrados 129 artigos. Após aplicar filtros de texto completo, idioma (inglês e português) e recorte temporal (2013 a 2022), restaram 115 artigos. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 14 estudos relacionados ao objetivo foram identificados, enquanto 101 estudos não estavam relacionados ao tema. Dessa forma, a amostra final para análise consistiu em 14 artigos.

Assim, como resultado da pesquisa, obteve-se um total de 31 trabalhos, dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 6 foram avaliados na íntegra, sendo 25 eliminados por não se aplicarem aos critérios pré-estabelecidos. Desses últimos, 21 foram eliminados após a leitura do título, 1 após a leitura do resumo, 2 após a leitura na íntegra e 1 por não corresponder ao critério da gratuidade.

O processo de busca ocorreu de acordo com o fluxograma apresentado na figura 1. Os resultados foram organizados através da sumarização em um quadro de síntese, incluindo Título; Ano de publicação; Objetivo; Método; Local de estudo e Resultados.

Para interpretar e analisar os estudos, realizou-se síntese descritiva, sujeita à análise conteúdo proposta em três fases operacionais por Bardin (2010).

Figura 1 - Fluxograma de cruzamento de dados e seleção dos estudos para RIL.



Fonte: Elaboração própria, 2022

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro a seguir, é apresentada as variáveis bibliométricas dos estudos incluídos para a análise, contendo o título, ano, objetivos, metodologias, local e o resultado de cada estudo

Quadro 1 - Variáveis bibliométricas dos estudos incluídos para a análise

Código	Título	Ano	Objetivos	Metodologia	Local	Resultado
A01	Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica.	2022	Compreender os sentidos atribuídos por enfermeiras da atenção básica às práticas de cuidado a saúde lésbica.	Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratório de natureza qualitativa com 15 enfermeiras de UBS.	Enfermeiras que atuavam na atenção básica de Teresina- PI	Notou-se que as práticas de enfermagem seguem um padrão heteronormati vo em suas consultas.
A02	Qualitative inquiry into barriers and facilitators primary care for lesbian, gay, bisexual and transgender peoples in US federally qualified health centers.	2022	Mover rapidamente o conhecimento para a prática para abordar as disparidades que afetam os pacientes de minorias sexuais e de gênero.	Análise de conteúdo qualitativo transversal, com abordagem indutiva geral de dados secundários de transcrições de eventos de intervenção e com entrevistas semiestruturadas	10 FQHC de nove estados dos Estados Unidos da América (EUA)	Mudança de fluxo de trabalho de treinamento de pessoal, adaptação dos registros eletrônicos de saúde para coleta de dados e apoio à extração de dados da barreira.
A03	Saúde sexual eroproductiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas.	2022	Analisar relatos de mulheres lésbicas acerca dos atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde.	Estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo realizado com mulheres lésbicas em 2019.	Mulheres de APS de Porto Alegre-RS.	Apresentou insegurança por parte do preconceito, objetificação do corpo e aceitação da sexualidade e, porém, ressaltada a empatia e acolhimento dos profissionais de saúde do local.
A04	Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária.	2021	Descrever a produção do cuidado a população LGBTQIA e outras identidades sexuais e de gênero a partir de reflexões acerca do trabalho da enfermeira.	Estudo qualitativo com 18 enfermeiras da atenção primária em 2018, com entrevista individual em profundidade	Enfermeiras na Bahia-BR.	Apresentou fragilidade e no atendimento e reconhecimento dessa população em seu território, no atendimento clínico e no reconhecimento da vulnerabilidade e necessidade da população.

A 05	Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica nas assistências de Lesbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBTI).	2021	Analisar relatos de profissionais na assistência dessas populações na Estratégia da Saúde da Família (ESF)	Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por relatos orais com 32 profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Unidades Básicas de Saúde de Teresina PI.	Observou-se que é preciso interligar o reconhecimento da diversidade, sexual e de gênero, das desigualdades e a representação o da participação da população nos serviços de saúde.
A06	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	2020	Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT na Atenção Básica de Saúde e compreender o conhecimento acerca da diversidade sexual e da homofobia.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa.	Unidades Básicas de Saúde de Vitória-ES.	Relatou-se a ausência no reconhecimento da PNSILGBT e sobre o público LGBT alinhado ao despreparo dos profissionais de saúde no acolhimento e assueto restritos a esse público.
A07	PrEP and sexual well-being: a qualitative study on PrEP, sexuality of MSM, and patient-provider relationships.	2020	Entender como os provedores de PrEP abordam os cuidados com a saúde sexual para pacientes HSH	Foram realizadas entrevistas qualitativas semiestructuradas com 20 HSH.	Homens que se relacionam com outros homens em Atlanta na Geórgia-EUA.	Relatou-se a falta do acompanhamento no tratamento com o PrEP, medo com relação a vida sexual com parceiros portadores e não portadores de HIV.

A08	Espaços institucionais de saúde como “Não lugar” de travestis nas representações sociais de enfermeiras.	2020	Discutir a Invisibilidade da pessoa travesti em instituições de saúde com base nas representações sociais de enfermeiras.	Pesquisa qualitativa com abordagem teórica-metodológica, realizada em entrevista semiestruturada com 20 enfermeiras matriculadas em cursos de pós-graduação de universidade pública.	Universidade Federal da Bahia - BR.	Identificou-se que a invisibilidade das travestis está implicada no modo como os profissionais de saúde relacionam a necessidade e ocupação desses espaços, principalmente na atenção básica.
A09	O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva.	2019	Descrever e analisar o cuidado às mulheres lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva.	Pesquisa descritiva, qualitativa. Realizado com 24 enfermeiras e 21 médicos atuantes na atenção básica, por meio de entrevista semiestruturada.	Município de Rio de Janeiro - BR.	Apresenta defasagem do conhecimento/inabilidade em comunicação com relação às demandas de saúde das mulheres lésbicas.
A10	“Não tem essas pessoas especiais na minha área”; saúde e invisibilidade de das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde.	2019	Analisar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde acerca do cuidado em saúde para as populações LGBT.	Abordagem de pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 agentes comunitários de saúde.	Capital do Nordeste Brasileiro.	Foi possível visualizar que a demanda relacionada à comunidade LGBT teve crescimento, porém tem baixo recebimento por fator como a falta de atenção para com os mesmos.

A11	Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais.	2019	Analisar, sob ótica de mulheres lésbicas e bissexuais, a assistência de enfermagem em unidades de saúde da família.	Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado por meio de entrevista semiestrutura da com 5 mulheres lésbicas e bissexuais.	Universidade Federal do Rio de Janeiro - P B	Constata-se as dificuldades enfrentadas pelas mulheres lésbicas e bissexuais em consultas de enfermagem como o acolhimento, o preconceito e informações inespecíficas da prevenção de doenças.
A12	Serviços de Saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.	2018	Analisar a atuação da equipe de Saúde da Família, o acesso de LGBT às unidades básicas de saúde.	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e descritivo com 54 profissionais utilizando entrevista semiestrutura da.	Equipes da Estratégia Saúde da Família em Cajazeiras - PB	Surgiu algumas categorias que permeiam os serviços como a igualdade no atendimento, atitudes comportamentais da população e o preconceito e a restrição no acesso.
A13	Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia de saúde da família.	2018	Analisar a atenção à saúde prestada à população LGBT na estratégia de saúde da família.	Estudo qualitativo desenvolvido em 2014 com 12 enfermeiros.	Enfermeiros do interior do Ceará - BR	Obteve-se que as ações de promoção da saúde eram reduzidas, fragmentadas e enviesadas em função da orientação sexual.
A14	Formação de enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente.	2018	Conhecer a percepção de discentes de enfermagem acerca do conceito de homossexualidade e bissexualidade.	Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, realizada com discentes de graduação em estágio supervisionado.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Observou-se que alguns discentes têm dificuldade em identificar a diferença entre as nomenclaturas e que abordam ainda superficialmente.

Fonte: Elaboração própria, 2022

Os estudos coletados refletem em sua grande maioria em ações realizadas e não realizadas na atenção primária por membros da equipe de enfermagem das unidades de Atenção Primária com enfoque em enfermeiros(a) e médicos onde resultam em suas ações de atendimento, consulta, tratamento e cuidado continuado dos indivíduos. Contudo os estudos fazem parâmetros e dados demonstrando a dificuldade por parte de uma parcela na deficiência de temas relacionados à sexualidade e gênero (Belém *et al.*, 2018; Nietsche *et al.*, 2018; Ferreira, Bonan 2021).

Genericamente, os estudos ligam-se ao objetivo de analisar o modo como a equipe de determinado local de Atenção primária se transita com a população LGBTQIAPN+ e seu conhecimento acerca dela para que haja melhoria em seu atendimento e no acesso ao serviço prestado, com melhoria e eficácia significativa para o cliente e para o servidor sem que ocorra danos a curto e longo prazo (Cabral *et al.*, 2019; Ferreira *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2018).

Diante os resultados, pode-se observar uma baixa pesquisa e entendimento acerca de temas relacionados à população LGBTQIAPN+ da parte dos profissionais, e medo, incerteza da parte da população que comparece nos serviços por conta do preconceito e da discriminação a qual estão sujeitos no meio social. Torna-se necessário a aproximação e vínculo do indivíduo com o setor para o cuidado, o apoio e a convivência melhorada para, assim, ter-mos um sistema acessível e eficiente para ambas partes, tanto pessoal como profissionalmente.

Além disso, as dificuldades apresentadas têm um teor sociocultural significativo perante o padrão normativo que é imposto ao comportamento, o que acarreta na exclusão desta parcela da população e apagamento histórico. Assim, é necessária uma reestruturação ou releitura do sistema empregado à população.

CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A base teórica dos dados dos estudos selecionados foi elaborada diante de uma análise do conteúdo, a qual permitiu a construção de categorias caracterizadas em síntese descritiva e discutidas sobre a literatura

propicia. Foram elas: Acesso da população LGBTQIAPN+ a atenção primária mediante estigmas sociais e Equidade para com a população LGBTQIAPN+ nos serviços da atenção primária.

Acesso da população LGBTQIAPN+ a atenção primária mediante estigmas sociais

O processo de ressocialização com grupos e minorias sociais é um fator importante para agregação e aliança, em especial a população LGBTQIAPN+ a qual é foco do estudo realizado. Segundo Nietsche *et al.* (2018), o processo social foi importante para identificar a dificuldade apresentada pelos entrevistados, no caso os acadêmicos, os quais não reconheciam a sexualidade como um fator importante para a saúde, e isso impossibilitou posicionamentos concretos para a pesquisa.

Esse processo refletiu também no acompanhamento profissional. Segundo Ferreira *et al.*, (2019) agentes comunitários de saúde ressaltam “em minha área não existe essas pessoas” ao se referir a alguém pertencente a população LGBTQIAPN+ e que em seu rastreio isso nunca foi pautado. Desse modo, faz-se necessário uma análise genuína de como está o ambiente de trabalho na atenção primária e como este pode ser melhorado para que se tenha um local acolhedor e com resultados significativos.

Nesse processo, pode-se ressaltar a carência da melhoria da promoção da saúde a essa parcela da população. Segundo Belém *et al.* (2018), as ações de promoção da saúde encontram-se fragmentadas em volta de um pensamento heterocisnormativo, no qual as minorias sexuais não se encaixam, fazendo com que o processo de atendimento tenha fragilidades e que, muitas das vezes, haja exclusão, atitudes discriminatórias, o que pode resultar em problemas diretos à saúde desta pessoa.

Segundo Oliveira *et al.* (2020), é destacado a invisibilidade de pessoas transgênero e travestis nos serviços de saúde, evidenciando assim um sistema frágil cuja realidade permite entender o porquê de algumas situações externas e internas com essa população. A sigla 'T' é constatada como uma das mais invisíveis perante os serviços e que, por ter relações diretas com a resignificação de gênero, acarreta ainda mais esta invisibilidade por parte da sociedade.

A população LGBTQIAPN+ por muitos anos foi indevidamente correlacionada à AIDS como forma de reforçar um preconceito social, e nos dias de hoje essas atitudes ainda estão presentes, a exemplo de HSH que fazem uso do PrEP para prevenção da IST, porém de forma levemente moderada. Alguns homens relatam essas atitudes de profissionais e dizem ter medo e incerteza de ir ao serviço para atendimento, justamente pelo preconceito e discriminação (Devarajan *et al.*, 2020).

Essas atitudes podem estar relacionadas à falta da implementação da Política Nacional de Saúde integral a LGBT, que por sua vez afirma que a saúde é um direito de todos independente de sexualidade, e que reafirma a existência da Política LGBT criada anos antes, porém pouco utilizada. A PNSILGBT ressalta também o compromisso dos serviços de saúde em amenizar danos no processo saúde-doença daquele indivíduo e que não haja atitudes discriminatórias, fazendo assim um serviço de excelência e sem danos a longo ou curto prazo, seja para o ambiente ou para os indivíduos ligados ao serviço, tanto cliente como servidor

(Guimarães *et al.*, 2020).

Gagnon *et al.* (2022) afirmam que é necessário reformulação no treinamento dentro dos serviços da atenção primária, para que seja possível o atendimento a todas as populações. Em sua análise, os relatos apontam que o discurso empregado de agregação dentro dos serviços muitas das vezes é só um bordão e que serve como encaixe para a população, o que, no fim, pouco acrescenta para melhoria. Os serviços se tornam ineficazes para essa parcela da população, e aos poucos os LGBTQIAPN+ afastam-se cada vez mais de um serviço necessário para seu bem-estar.

Na atenção primária, assuntos relacionados à população LGBTQIAPN+ são de suma importância para que o indivíduo não seja entendido somente como um hóspede sutil da doença, mas sim como um usuário do próprio serviço de forma igualitária. Após os homens relatarem sua insatisfação com o serviço e apresentarem as causas das reclamações e atitudes tomadas, foi possível perceber qual falha estava ocorrendo e o porquê de não haver melhora no marco temporal da pesquisa. No entanto, os argumentos de externos apresentados deram encaixe para pesquisas mais profundas das ações dentro e fora da atenção primária (Ferreira *et al.*, 2021, Devarajan *et al.*, 2020).

Um importante público dentro da atenção primária é o feminino, no qual temos exames de prevenção e pré-natal, os quais são grandes responsáveis pela autonomia feminina e estabelecem um empoderamento feminino dentro do adjunto saúde. O que é dito com as pesquisas com mulheres lésbicas, relacionado ao acesso e às ações realizadas com elas, mostra o pouco entendimento do assunto. No entanto, com os cuidados tidos pelo público alvo das consultas, teve-se um processo moderadamente leve e com etapas mais sucintas da mulher como um todo (Ketzer *et al.*, 2022).

Destaca-se, na atenção primária, o público feminino tanto no acesso como nas consultas. Contudo, o acesso das mulheres lésbicas e bissexuais pode apresentar números distintos e com margens largas. Em uma das amostras, o medo tornou-se um ponto bastante citado em relação às mulheres lésbicas procurarem a atenção primária, no que diz respeito ao preconceito que já sofreram ou que poderiam sofrer dentro dos serviços de saúde, enquanto as mulheres bissexuais teriam menos estranheza por terem ainda relacionamentos hétero e que, por conta disso, passariam por ações mais articuladas para com as próprias (Cabral *et al.*, 2019).

Equidade para com a população LGBTQIAPN+ nos serviços da atenção primária.

O processo saúde-doença dos pacientes frequentes da atenção primária são, em sua grande maioria, estáveis. Nesse processo, destaca-se a equidade que, por sua vez, se faz necessária para um tratamento preciso mediante condições. Segundo Milanez *et al.* (2022), as mulheres lésbicas dizem ser notável o processo de equidade, mesmo que este ainda seja um tópico estranho para as minorias sexuais, e que esse processo ajuda a entender a falha do modelo ainda empregado, no qual é explícita a orientação heterocisnormativa para o atendimento e o processo de consulta. Torna-se então visível a dificuldade enfrentada por essa população no sentido de se aproximar efetivamente do serviço.

Ketzer *et al.* (2022) relatam precisamente essa percepção do atendimento na atenção primária com esse pensamento acima citado. O medo de não ser entendida e ser vista somente como um objeto sexual para uso durante relação sexual, e todas as demais vertentes do preconceito ao qual todas estão sujeitas diretamente ou indiretamente com os servidores. Esse

medo pode-se tornar o principal fator pelo qual essa população não busca mais regularmente os serviços primários, tendo como fator motivador as atitudes internas e externas do ambiente inserido.

Silva *et al.* (2021) trata especificamente da fragilidade dos serviços com o público LGBTQIAPN+ e que o processo de equidade muitas das vezes não é usado por conta de os servidores não saberem como tratar, agir e moldar atendimentos diante de pessoas desta comunidade. Isso por sua vez deixa claro o maior problema enfrentado pelos serviços da atenção primária, o não entendimento e receio em atender clientes pertencentes a essa parcela. A equidade tornou-se o principal ponto para que a comunidade LGBTQIAPN+ pudesse encontrar-se com os serviços de saúde. Segundo Ferreira *et al.* (2021), muitos clientes declarados da comunidade negam realizar uso do serviço oferecido, já como um meio de proteção e correr menos riscos de sofrerem com atitudes preconceituosas e discriminatórias. Já alguns enfermeiros relatam negar atendimento a pessoas da comunidade por não saberem abordagens concretas para com a população.

Os serviços de saúde da atenção primária são a porta de entrada em todo e qualquer sistema público. Seguindo a logística indicada, a atenção primária é, por sua vez, o principal meio da implementação dos princípios do SUS como a equidade e participação popular, esses dois meios fazem com que inúmeras pessoas da comunidade façam seus papéis no auxílio e na integração para que haja, assim, processos mais eficazes e que tenham resultados bons no atendimento e no resultado do tratamento. Isso torna o serviço uma verdadeira rede de apoio e de atenção qualificada ao público LGBTQIAPN+ (Oliveira *et al.*, 2018).

Visto que esse processo requer auxílio do público e renúncia de pensamentos individuais, para que aquela pessoa em situação de fragilidade tenha um processo saúde-doença amenizado sem danos morais. Um público que descreve toda essa dificuldade para o acesso é o público transexual e travesti, por se tratar de uma população marginalizada pela comunidade e pela população em geral, e que também apresenta menor procura pelos cuidados em serviços de atenção primária. Isso se dá pelo próprio medo, e ainda mais por conta do preconceito, da transfobia que muitos e muitas relatam sofrer diante da população em geral, seja em lo-

cais públicos ou privados. Esse medo, mesmo pela incerteza da aceitação, se faz maior em sua existência (Oliveira *et al.*, 2020).

Esse medo pode também atingir os homens que fazem tratamento do HIV, pois o uso do PrEP como um tratamento de prevenção os deixa em estado de fragilidade, tanto nos serviços como na vida pessoal em suas relações. O sentimento expresso por todos é o de vergonha e de que alguns profissionais não são práticos o suficiente para tratar as suas necessidades. No que se relacionar à equidade, eles veem ainda grande dificuldade em ter tal atividade para com eles e para com os demais companheiros da sigla que, mesmo não tendo a IST, ainda procuram os serviços para cuidados sexuais. Isso por sua vez resulta na expressiva fragilidade do sistema quanto à equidade das pessoas da comunidade LGBTQIAPN+ (Devarajan *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão evidenciou lacunas relacionadas à prestação de assistência a integrantes da comunidade LGBTQIAPN+, justificados pela falta de conhecimento dos profissionais durante a abordagem assistencial, medo do processo de atendimento e exposição ao preconceito por parte da comunidade. Ressaltando a necessidade de uma abordagem multiprofissional integrativa para a efetivação do processo de equidade dentro do sistema de saúde.

Ainda que existam lacunas relacionadas ao atendimento deste público, foi possível destacar indícios que demonstram a responsabilidade dos enfermeiros atuantes em relação aos princípios do SUS, destacando a equidade, além do vasto conhecimento diante do mesmo, na utilização das técnicas no âmbito da saúde pública.

Ademais, evidenciou-se a equidade como fundamental para o acesso da comunidade LGBTQIA+, tendo em vista a atuação dos profissionais inseridos nestes serviços que compõem a Atenção Primária de Saúde e a sua relação direta com a comunidade. Também foi possível destacar, com maior profundidade, o acesso e as fragilidades enfrentadas pela comunidade na assistência ao processo saúde-doença, alcançando-se, dessa forma, o objetivo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Contexto**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BELEM, Jameson Moreira *et al.* Atenção À Saúde De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais Na Estratégia Saúde Da Família. **Rev. baiana enferm**, Salvador, v. 32, e26475, 2018. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-2178-86502018000100357&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2022.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [S.1], v. 13, n. 1, p. 79-85, jan. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237896>. Acesso em: 24 out. 2022.

DEVARAJAN, Sinthuja *et al.* “PrEP and sexual well-being: a qualitative study on PrEP, sexuality of MSM, and patient-provider relationships.” **AIDS care** vol. 32,3 (2020): 386-393. Disponível em: doi:10.1080/09540121.2019.1695734. Acesso em: 24 out. 2022.

FERREIRA, BO *et al.* “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Reciis- Ver Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2019 jul.- set.;13(3):496-508. Disponível em <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1703>. Acesso em: 24 out. 2022.

Breno de Oliveira; BONAN, Claudia. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2021, v. 25, e 200327. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200327>. Acesso em: 24 out. 2022.

FIOCRUZ. Equidade. **Pense SUS**. Rio de Janeiro. 2013. www.pensesus.fiocruz.br/equidade. Acesso em: 16 set. 2022.

GAGNON, KW *et al.* Qualitative inquiry into barriers and facilitators to transforming primary care for lesbian, gay, bisexual and transgender people in US federally qualified health centres. **BMJ Open**. 2022 Feb 17;12(2):e055884. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055884. Acesso em: 24 out. 2022.

GUIMARÃES, N. P *et al.* Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação**

& Inovação em Saúde, [S. l.], v. 14, n. 2, 2020. DOI 10.29397/reciis.v14i2.1712. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712>. Acesso em: 24 out. 2022.

KETZER, Nicole et al. Saúde sexual e reprodutiva na atenção primária à saúde: relatos de mulheres lésbicas. **Rev. baiana enferm.** Salvador, v. 36, e45637, 2022. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178_86502022000100318&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2022.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto- enfermagem**, v17, p.758-764, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Ministério da Saúde**. www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona. Acesso em: 15 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-DF, p. 1-36, 2013

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. Formação Do Enfermeiro Para Cuidado À População Homossexual E Bissexual: Percepção Do Discente. **Rev. baiana enferm**, Salvador, v. 32, e25174, 2018. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502018000100328&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2022.

OLIVEIRA, Ester Mascarenhas et al. Espaços Institucionais De Saúde Como “Não Lugar” De Travestis Nas Representações Sociais De Enfermeiras. **Rev. baiana enferm**. Salvador, v.

34, e35603, 2020. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100338&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2022.

OLIVEIRA, Geane Silva et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. **Revista de Enfermagem UFPE online** [S.l.], v. 12, n. 10, p. 2598-2609, out. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30152>>. Acesso em: 24 out. 2022.

PRADO, N.M.B.L; SANTOS, A.M. Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização dos desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.42, p. 379-395, 2018.

EIXO 2

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA COMUNIDADE**

TEORIA TRANSCULTURAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO HUMANIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Samantha Pereira Caldas

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Aline Fernanda Pereira da Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Camila Lima Soares

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gustavo Oliveira Pimentel

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Marcos de Jesus Cardoso Ferreira

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Marcos Henrique dias da Costa

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Thayse do Rosário Almeida

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruna Rafaela Leite Dias

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

RESUMO

O presente trabalho possui como objetivo relatar a realização de uma ação de Educação Permanente em Saúde para Técnicos de Enfermagem sobre humanização no atendimento na Atenção Primária à luz da Teoria Transcultural. A metodologia adotada pauta-se no relato de experiência, sendo um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na qual foi utilizada inicialmente o Arco de Magueres para a efetuação da problematização. Como resultado da implementação da tecnologia educacional e do processo de observação, foi detectado que existe a necessidade de se efetuar melhor a Política Nacional de Humanização em vista da carência observada no local, juntamente com o processo de Educação Permanente em Saúde, para

que haja um atendimento humanizado e diversificado com a população. Conclui-se que a adoção de tais medidas pode propiciar uma melhoria no atendimento aos indivíduos e comunidades, entendendo o ser de forma holística, fornecendo um atendimento eficaz, seguro, acolhedor e harmonioso.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Tecnologia Educacional; Atenção Primária em Saúde; Humanização da Assistência.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é formada por um grupo de ações que visam o bem-estar individual e coletivo, envolvendo a promoção e prevenção à saúde. A APS no Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma grande importância, sendo norteadora para criação de novas políticas públicas que possam atender de fato a demanda e as necessidades reais da população, pelo fato de conseguir ter um contato mais próximo e contínuo com os indivíduos e, assim, enxergar os problemas populacionais de forma contextualizada (Thumé, 2018).

A APS conta com variados tipos de Unidades e equipes multiprofissionais, as quais possuem, como um dos seus integrantes, o profissional da enfermagem. De acordo com Thumé (2018), o enfermeiro carrega consigo uma grande responsabilidade para o fortalecimento da APS, com o seu gerenciamento, inovação e transformação no cuidado e organização dos atendimentos, além da elaboração de estratégias que visem o bem-estar dos indivíduos, buscando aplicar uma educação popular em saúde, mesmo com os inúmeros desafios existentes na saúde pública, principalmente no que diz respeito a uma educação transformadora entre a própria equipe (Thumé, 2018).

Para ter sucesso nessa caminhada, há necessidade de um olhar mais sensível e humanizado para com os integrantes deste sistema – população e equipe multiprofissional –, e pensando na importância dessa sensibilidade, existe a Política Nacional de Humanização – PNH –, que foi criada em 2003, com o intuito de colocar em prática os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade –, seja no atendimento, no gerenciamento ou na própria relação entre os servidores (Brasil, 2013).

A PNH busca diminuir as práticas de desumanização que, por muita das vezes, ocorrem por meio de atitudes de poder, sejam elas entre a própria equipe e para com os usuários, objetivando proporcionar um serviço acolhedor, harmonioso e eficaz, e isso ocorre por meio da articulação existente entre as esferas de gestão e os profissionais da ponta (Brasil, 2013).

Para que essa política ocorra de fato, faz-se necessário a formação de profissionais baseando-se nos princípios propostos pela PNH, para que, assim, possa ser possível observar mudanças/aprimoramentos concretos nos ambientes de Saúde, e uma ferramenta para que isso ocorra são as práticas de educação permanente.

De acordo com Falkenberg *et al.* (2014), a educação permanente na saúde – EPS – se constitui com ações educativas/ formativas de acordo com as necessidades de cada espaço e cada público, no qual a equipe multiprofissional se qualifica e se aprimora a partir das necessidades que são observadas em determinado momento e espaço, com o fim de oferecer serviços e atendimento de qualidade, tendo em vista a diversidade de público e sociedades existentes. Esse tipo de educação muitas das vezes se torna desafiadora, havendo a necessidade de um olhar diversificado, entendendo cada povo, cada situação, cada cultura e o que cada uma delas precisa no momento (Falkenberg *et al.*, 2014).

Visando essa necessidade de um olhar diversificado na enfermagem, há uma teoria que aborda essa sensibilidade que é a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural – TUDCC –, também conhecida como Teoria Transcultural – TT. Tal teoria tem como foco realizar a análise de diferentes culturas, entendendo-as, respeitando-as e ofertando o cuidado necessário levando em conta o conhecimento do indivíduo como um todo. O cuidado humanizado é uma forte ferramenta para o desenvolvimento das ações de EPS, já que o foco dessa teoria se dá por meio da sensibilidade de olhar as diversas culturas existentes, possibilitando, assim, uma prática mais humanizada e integral na saúde (Moura, Chamilco e Silva, 2005).

Sendo assim, e conhecendo a importância das práticas de humanização nos ambientes de saúde, bem como as práticas de educação per-

manente visando a necessidade de cada espaço e grupo social, o objetivo deste trabalho consiste em relatar a realização de uma ação de Educação Permanente em Saúde para Técnicos de Enfermagem sobre humanização no atendimento na Atenção Primária à luz da Teoria Transcultural.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que apresenta a Teoria Transcultural e a Educação Permanente em Saúde como elementos estruturantes da construção e realização da vivência. O presente Relato de Experiência é um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade/vivência, utilizando técnicas sistemáticas de apresentação das ações de acordo com a cronologia dos acontecimentos. A abordagem qualitativa no relato de experiência preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais a partir do olhar dos autores (Trivisio, 1987; Gerhardt e Silveira 2009).

A vivência foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde de Modalidade Tradicional em Belém do Pará, de março a abril de 2023, com participação dos Acadêmicos de Enfermagem do 4º semestre, da docente do componente curricular Enfermagem Comunitária I e os técnicos de enfermagem da unidade. A referida unidade disponibiliza serviços de saúde, como parte da Rede de Atenção Primária Municipal, para a comunidade local envolvendo oito Bairros da capital paraense.

As ações foram desenvolvidas como parte das atividades práticas do componente curricular mencionado anteriormente. Ao longo do período em que estas atividades foram desenvolvidas, foi observado fragilidades no acolhimento durante o atendimento dos usuários, em especial, nos serviços protagonizados pelos técnicos de enfermagem. Também foi identificado a ausência de práticas formativas voltadas à Teoria Transcultural e a PNH aos profissionais, o que pode resultar em um atendimento fragilizado e ineficaz com relação ao acolhimento e ao aspecto transcultural. Atualmente, é imprescindível que as práticas do cuidado considerem a diversidade cultural de maneira qualificada, pois esta dimensão integra diferentes entendimentos e significados, e a não observação deste aspecto

pode acarretar diversos preconceitos e inadequações durante os atendimentos (Lima *et al*, 2016).

A partir da identificação dessas demandas, os discentes, sob orientação da docente, elaboraram uma tecnologia educacional relacionada à teoria de enfermagem e a PNH, onde constavam situações que poderiam ocorrer no cotidiano da unidade, no intuito de mediar o diálogo e a ação formativa com os técnicos de enfermagem.

Figura 1 - Fases realizadas na vivência adaptadas do Arco de Magueréz.



Fonte: autores, 2023

A ação em questão teve como base metodológica a problematização proposta no Arco de Magueréz, que se caracteriza por ser uma metodologia de problematização cuja estratégia de ensino-aprendizagem possibilita a interação entre educador e educando, dando a oportunidade da (re)construção de conceitos e o compartilhar das vivências. A experiência é materializada em quatro fases adaptadas do Arco de Magueréz: 1) identificando a demanda formativa; 2) aproximação com a teoria transcultural e identificação das possibilidades de afluência com a educação permanente e política nacional de humanização; 3) elaboração da ação de educação permanente e da tecnologia educacional mediadora; 4) realização da ação e feedback dos participantes (Da Silva *et al*, 2020).

Descrição da experiência

O contato com o local da vivência – UBS – se deu por meio do componente curricular Enfermagem Comunitária I, a qual possibilita o contato dos discentes com a atenção básica em saúde. Durante o período de atividades práticas do grupo – março a abril de 2023 –, foi possível vivenciar o dia a dia de atendimentos, aprender de forma prática sobre a atenção básica e observar a comunidade do local, tanto de usuários como de profissionais de saúde do ambiente.

Na unidade se evidenciou a proximidade possível entre profissional e usuário, por meio do atendimento, triagem, consultas em geral de enfermagem, e vacinas. A equipe de graduandos era dividida por áreas de atendimentos e dias da semana para que, assim, todos os discentes pudessem passar por cada setor do estabelecimento e aprender a respeito de cada tipo de atendimento na lógica da atenção primária. A experiência de presenciar a realidade de uma unidade de saúde foi muito rica, sendo possível entender a teoria que é estudada durante o curso, obter experiência e observar também as adversidades presente na saúde pública, visualizando a dicotomia existente entre a teoria e a prática.

Como parte das atividades do componente curricular, ao fim do período das atividades práticas no local, haveria um retorno do grupo com algum tipo de tecnologia educacional (TE) na unidade, como forma de contribuição com a comunidade/equipe, a partir de demandas que o grupo vivenciou durante o período na Unidade. Logo na primeira visita ao local, foram elencados possíveis pontos que poderiam ser abordados para a produção da tecnologia. Algumas reuniões foram realizadas junto com a orientadora do grupo, até que se chegou a uma indicação diante das demandas encontradas de acolhimento e humanização: a TE utilizada seria voltada para a união da teoria transcultural com a Política Nacional de Humanização.

Essa temática foi escolhida pelo fato de o grupo concluir, através da observação do espaço, que existia uma demanda para um atendimento mais humanizado, principalmente nas salas de vacinação, onde há um intenso fluxo de pessoas com as mais diversas singularidades.

A partir do momento que houve a escolha do ponto a ser debatido, os membros do grupo se debruçaram sobre a teoria transcultural e a Política Nacional de Humanização, e criaram uma espécie de painel interativo. Este painel interativo apresentaria possíveis situações de atendimento na UBS, e o objetivo era possibilitar a reflexão de como cada profissional lidaria com a situação apresentada.

O painel foi construído em formato de Jogo Sérió – o jogo sério é uma espécie de jogo que possui algum propósito além da diversão, como educar, conscientizar e construção cidadã –, o qual dispõe de seis tipos de situação envolvendo as temáticas de racismo, atenção ao idoso, atendimento ao TEA – transtorno do espectro autista –, público LGBTQIA+, diversidade cultural e tratamento de tuberculose. Para iniciar a dinâmica do jogo, o participante joga um dado e, dependendo no número obtido no dado, a situação é apresentada e o profissional deverá expor como reagiria.

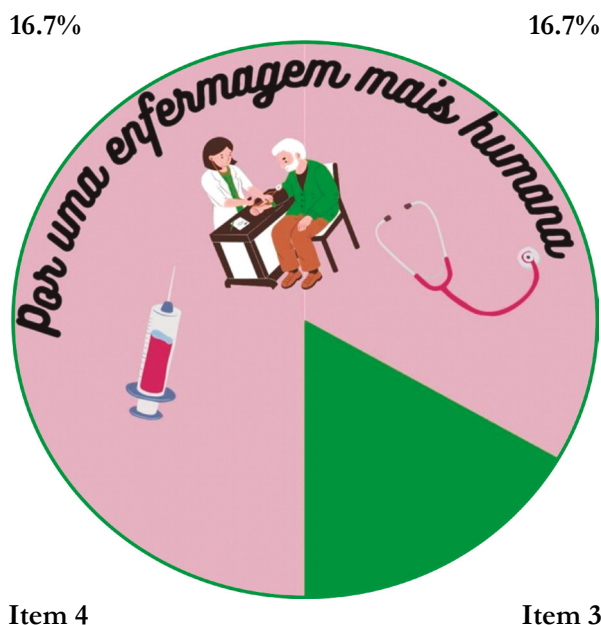
Para elaboração desta tecnologia foram utilizados programas de design, cartolina, tesoura, dado, e folha de papel A4. Com o objeto pronto, houve o retorno à UBS e a aplicação da TE.

No retorno à UBS com a TE, antes de sua aplicação em si, realizou-se uma exposição inicial a cada participante sobre a teoria transcultural e sua importância no atendimento de enfermagem, no intuito de ofertar conhecimento e aproximá-los do tema que seria exercitado com o jogo. Os participantes da atividade foram os técnicos de enfermagem, considerando que foi este o público para o qual a necessidade formativa ficou mais evidente.

Todos pareceram bastantes receptivos à explicação e à dinâmica proposta. A maioria dos técnicos referiram não ter conhecimento sobre a Teoria Transcultural e apresentavam conhecimentos gerais sobre a PNH. As repostas às situações do jogo variaram de acordo com cada situação, e a maioria atendeu às expectativas e demonstraram entender a importância de um atendimento acolhedor e humanizado, respeitando cada indivíduo, sua cultura e seu modo de vida. Entretanto, em uma das perguntas relacionadas com o atendimento a um homem trans e uma possível gravidez, houve um certo constrangimento e rejeição na utilização do pronome adequado, talvez por falta de conhecimento aprofundado sobre a Política que assegura os direitos dessa população.

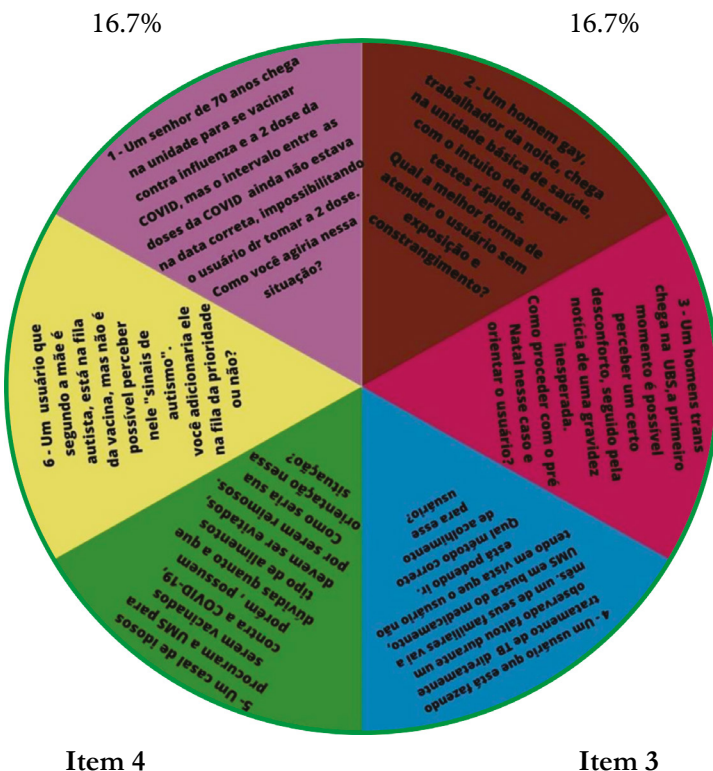
A experiência em si foi bastante proveitosa, e foi possível contribuir com a equipe da unidade por meio da Educação Permanente em Saúde, aproximando os profissionais da Teoria Transcultural, PNH, e a necessidade da sensibilidade no atendimento das pessoas, respeitando e sabendo da existência de inúmeras diferenças entre os indivíduos.

Figura 2 - Capa do Painel Indicativo criado pelo discentes de enfermagem.



Fonte: autores, 2023

Figura 3 - Painel indicativo com as situações criadas pelos discentes de enfermagem



Fonte: autores, 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo fazer com que o modo de cuidar e gerir o atendimento seja mais acolhedor (Brasil, 2013). A PNH, lançada em 2013, traz a transversalidade como um dos pilares para que o atendimento seja mais humanizado possível. O acolhimento com base na transversalidade tem como foco fazer com que o profissional da saúde que conhece as várias especialidades possa se comunicar com o conhecimento que o indivíduo já carrega consigo, e assim fazer um atendimento sem conflitos (Brasil, 2013).

Durante o estágio supervisionado na UBS, foi detectado que existe a necessidade de se implementar melhor a PNH para os profissionais da

unidade. Segundo Brasil (2013), a política de humanização diz que o acolhimento ao usuário é fundamental para que se tenha relação de confiança, mas o que se percebeu na unidade municipal de saúde foi que ainda é necessário mais ações de educação permanente em saúde para a equipe que acolhe os usuários, visto que a EPS tem como um dos seus objetivos encontrar vias para resolver vários tipos de conflitos de diversos modos do cotidiano, atendendo as demandas reais da população (Castro, Vilar e Liberalino, 2014).

A EPS é um instrumento para manter a equipe multidisciplinar que atua no Serviço de Saúde atualizada e apta para atender com singularidade os usuários do território. A EPS visa fazer uma transformação na atenção à saúde, e não somente qualificar ou formar o profissional.

A partir da proposta da política nacional de humanização, percebe-se que tal política pode ser aliada à Teoria da Universidade e Diversidade Cultural do Cuidado da enfermeira Madlaine Leininger. A teoria direciona que o profissional da enfermagem deve estar atento às singularidades de cada indivíduo e grupo que é atendido, sabendo que cada um desses carrega consigo uma cultura, religiões, comportamentos, e maneiras de organização (Gualda e Hoga, 1992).

A singularidade de cada comunidade/indivíduo no atendimento e ação em saúde é fundamental, pois é a partir delas que se estruturará a ação a ser realizada, levando em consideração cultura, local, e espaço, buscando diminuir ao máximo os possíveis conflitos com os conhecimentos técnicos. O conhecimento da TUDCC por profissionais da saúde é fundamental para que se tenha um atendimento humanizado, visto que a teoria busca, assim como as diretrizes da PNH, promover a escuta e atendimento respeitoso, com atenção no indivíduo (Castro, Vilar e Liberalino, 2014).

Durante o período na UBS em que foi aplicada a tecnologia educacional (TE) com base na TUDCC e na PNH, foi questionado aos técnicos da unidade se eles tinham o conhecimento da teoria transcultural, e a resposta de toda a equipe era a de que não conheciam, então foi explicado, de maneira geral, o que a teoria abordava e quem era a sua percussora. No percurso da TE, foi apresentado aos profissionais diversos casos que poderiam aparecer na UMS, e como eles iriam agir durante as possíveis situações após eles terem conhecido a TUDCC.

A partir do conhecimento adquirido, quase todos conseguiram demonstrar que saberiam lidar com as situações, mas um caso específico demonstrou o quanto ainda são necessárias mais ações de EPS para as equipes de unidades básicas de saúde e hospitalares. O caso em questão era de uma pessoa transexual que seria atendida na unidade utilizando o seu nome e pronome desejado, entretanto, a resposta adquirida para esse possível caso foi uma negação para com o uso do pronome e um desconforto ao praticar esse atendimento mais humanizado, sendo um ponto levantado para análise. Concluiu-se que isso poderia ser um fator que pudesse causar o afastamento da comunidade trans de tal unidade, visto que esse grupo de minorias já sofre diversos outros preconceitos em outros espaços da sociedade.

As teorias são fundamentais para subsidiar as ações e práticas do profissional da enfermagem, contribuindo para formação do enfermeiro e sua vida profissional posteriormente, aplicando os conhecimentos adquiridos em benefício do paciente. Assim, é importante que a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado – TUDC – esteja aliada à Educação permanente em Saúde (EPS) e a Política nacional de humanização (PNH).

A teoria transcultural aumenta a importância de uma abordagem mais elaborada com o paciente, tendo em vista que a sua cultura e seu contexto social são de extrema importância para desenvolver uma comunicação direta e eficaz entre o profissional e o paciente relacionadas a sua saúde (Gualda e Hoga, 1992).

A educação permanente em saúde transforma e qualifica as práticas voltadas para a Rede de Atenção em Saúde na lógica do Sistema Único de Saúde, visando promover a aprendizagem contínua ao lado do conhecimento profissional dos trabalhadores da área da saúde. Tal prerrogativa ajuda a motivar uma mudança de formação constituindo em uma nova estratégia de aprendizagem nos ambientes de trabalho desde o nível técnico ao de pós-graduação das áreas da saúde, a partir das necessidades da população para que ocorra uma vinculação maior com a rede de saúde pública (Silva et al., 2021).

Essa educação é centrada na prática e busca atualizar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para que possam lidar com os desafios em constante evolução no campo da saúde (Silva et al., 2021).

A tecnologia educacional e a educação permanente em saúde estão intrinsecamente ligadas, pois ambas têm o objetivo de melhorar a prática dos profissionais de enfermagem e o cuidado prestado aos pacientes. A vinculação da TE com a EPS media ações que podem promover novas estratégias que façam com que o educador e educando tenham uma integração entre a formação. e o serviço ampliando a qualidade no ambiente de saúde (Gualda e Hoga, 1992).

Quando se fala em competência cultural é importante evidenciar o quão importante é que os serviços de saúde promovam ações formativas com o objetivo desenvolver a sensibilidade cultural dos profissionais de saúde para que o corra a conscientização sobre as crenças, costumes, valores e práticas culturais dos pacientes que estão sendo acompanhados.

Implicações para a prática em saúde e enfermagem

A base da enfermagem está diretamente associada ao ato de cuidar, envolve a relação entre profissional e usuários, atendendo as necessidades dos pacientes de acordo com suas exigências. O ato de acolher está vinculado ao processo de cuidar, ouvir, dar atenção, entender, compreender e ter empatia. Nesse viés, este trabalho evidencia a importância de um atendimento mais humanizado e respeitoso, levando sempre em consideração as diversidades existentes na sociedade (Pinto *et al.*, 2021).

A utilização da PNH e da teoria transcultural permite ter uma maior noção a respeito do atendimento humanizado em saúde, buscando desenvolver um acolhimento menos mecanizado, que veja o paciente não apenas como um usuário do serviço de saúde, mas como um indivíduo social, cultural e, acima de tudo, humano, com suas singularidades e emoções. Sendo assim, este trabalho busca contribuir para estudo de outros acadêmicos e na sua formação como bons enfermeiros e alertando para importância das EPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria transcultural na enfermagem possui uma grande importância social, uma vez que a TT consegue desenvolver uma singularidade nos tipos de atendimento das pessoas nas mais variadas formas de viver, se comportar, se relacionar, entre as inúmeras particularidades existentes,

havendo uma valorização do indivíduo e dos seus problemas, possibilitando uma humanização e atenção para com a população.

Partindo destes pontos, este relato buscou evidenciar a importância da teoria transcultural para a prática da enfermagem no contexto atual. Para que todos os usuários/pacientes sejam tratados de forma individualizada e respeitosa, é preciso levar em conta não apenas o indivíduo, mas também a sua comunidade, religião e práticas culturais. Assim, é possível compreender e atender todos os seus aspectos, sejam eles sociais, psicológicos ou espirituais.

Essa metodologia torna o tratamento menos invasivo e mais eficiente, afetando de maneira positiva o cuidado prestado e resultando em melhores desfechos e maior satisfação dos usuários, além de uma melhora significativa na diminuição de risco de agravos e de condições psicológicas, uma vez que a teoria transcultural, se aplicada, ajuda diretamente na diminuição da carga e número de estressantes ao paciente.

Esse trabalho quis evidenciar a importância e a necessidade existente no conhecimento a respeito da teoria transcultural, a utilização da PNH e o incentivo à educação permanente nos meios de saúde. A implementação das EPS permite que haja capacitação e estudo do profissional de enfermagem, desenvolvendo novas competências e entendendo a necessidade da população em questão, resultando em uma melhoria do ambiente.

Com isso, conclui-se que a adoção das medidas citadas anteriormente irá propiciar uma melhoria no atendimento aos indivíduos e comunidades, entendendo o ser de forma holística, fornecendo um atendimento eficaz, seguro, acolhedor, harmonioso e priorizando de fato a saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. Brasília: MS; 2013. 1-16 p.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; LIBERALINO, Francisca Nazaré. Gestão do trabalho e da educação na saúde. 2014.

DA SILVA, Luiz Alberto Ruiz et al. O Arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Educação**, v. 8, n. 3, p. 41-54, 2020.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847- 852, 2014.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **METODOLOGIA de pesquisa**. Plageder, 2009.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; HOGA, Luiza Akiko Komura. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 26, p. 75-86, 1992.

LIMA, Maria do Rosário de Araújo et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados de afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 840- 846, 2016.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla; SILVA, Leila Rangel da. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 9, p. 434-440, 2005.

PINTO, Juliana de Moura et al. As atribuições da enfermagem e a importância do acolhimento do enfermeiro na atenção básica: uma revisão bibliográfica integrativa. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 26, 2021.

SILVA, Valentina Barbosa da et al. Educação permanente na prática da enfermagem: integração entre ensino e serviço. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

THUMÉ, Elaine et al. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde-avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 275-288, 2018.

TRIVISIOS, Augusto NS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. **A pesquisa**, p. 133, 1987.

FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Bruna Jaqueline Ribeiro Lima

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Danielle Vidal Correa

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Débora de Cassia Quaresma Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gabrielly Bezerra Diniz

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Karina Sebastiane Prestes dos Santos

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Anderson Bentes de Lima

Doutor em Biotecnologia, Universidade Federal do Pará

Maridalva Ramos Leite

Doutora em Ciências da Educação, Facultad Interamericana de Ciencias Sociales

RESUMO

A tuberculose é uma doença bacteriana infectocontagiosa causada pelo *Mycrobacterium tuberculosis* que afeta principalmente os pulmões e que vem atingindo cerca de 68.000 novos casos por ano no Brasil, caracterizando-se como uma problemática de saúde pública. Nesse sentido, este estudo objetivou identificar, na literatura nacional, os fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose por meio de uma revisão integrativa da literatura. Assim, buscou-se estudar também o tratamento da doença, a qual levou a formar o objetivo central do estudo: as causas associadas ao abandono do tratamento. Dessa forma, foi diagnosticado que existem vários fatores que influenciam na interrupção da medida terapêutica, como: a dose do medicamento, o local onde ocorre o tratamento, o horário, a condição socioeconômica do cliente, o abuso do álcool, a ca-

rência de informações sobre a doença, regressão dos sintomas nos meses iniciais da terapêutica e a idade. Mediante o exposto, esta revisão avalia a necessidade dos profissionais de saúde em adquirirem uma maior responsabilidade no diálogo, interação e cuidado com o paciente para que haja o melhor tratamento e seguimento da profilaxia.

Descritores: *Mycobacterium tuberculosis*, tratamento, abandono, fatores associados.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma das doenças infectocontagiosas mais antigas que atingem a humanidade, sua transmissão ocorre através do contato com gotículas de aerossóis de uma pessoa contaminada, e tem como principal agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BAAR). A origem provável do *Mycobacterium* é de aproximadamente 150 milhões de anos, com alta taxa de letalidade no primeiro contato humano. Há registros que evidenciam a presença do patógeno em diversas civilizações antigas, como a grega e egípcia (Kozakevich, 2015; Silva, 2015).

O *Mycobacterium tuberculosis* possui preferência se instalar nos pulmões, tem crescimento bastante demorado, o que caracteriza lentidão e cronicidade na manifestação da patologia em pessoas de baixa imunidade (Kozakevich, 2015; Silva, 2015). No que concerne ao quadro epidemiológico da tuberculose (TB) no Brasil, a doença é considerada como um grave problema de saúde pública, visto que, no ano de 2010, o país apresentou um total de 57 milhões de pessoas infectadas (Yoshimura, 2021 *apud* Piller, 2012).

Entre os anos de 2001 e 2014 o Brasil registrou mais de 1 milhão de casos, sendo que desses novos registros mais ou menos 70 mil pacientes foram a óbito. O estado brasileiro que apresenta o maior índice de novos casos é o Amazonas com incidência de 68,4/100 mil habitantes, superando o dobro da média nacional. Segundo a OMS, a TB ocupa a quarta posição entre as doenças infectocontagiosas que mais matam no país entre os pacientes portadores da AIDS. Além do que o Brasil ocupa a 20º colocação no ranking de trinta países que mais estão relacionados com

a incidência de TB e a 19ª posição entre os trinta países que apresentam índices altos em TB-HIV (Da Silva, 2018).

A tuberculose tem tratamento, o qual é instituído pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). O tratamento se baseia na administração conjunta de quatro drogas, para adolescentes e adultos, usadas nos meses iniciais do tratamento, que são a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Já o tratamento para crianças é seguindo protocolo da OMS. Alguns cuidados com efeitos adversos aos medicamentos devem ser observados no decorrer do tratamento, como em casos de uso de anticoncepcionais, portadores com HIV ou hepáticos, ou pacientes que fazem uso de medicamentos anticonvulsivos. Apesar da doença ter cura, alguns fatores interferem na continuidade e no sucesso do tratamento, como os próprios efeitos adversos aos medicamentos, consumo de álcool, falta de conhecimento sobre o tratamento, e o abandono logo após melhora dos sintomas e sinais (Da Silva, 2018).

O abandono do tratamento ocorre quando o paciente deixa de comparecer à unidade de saúde por no mínimo 30 dias consecutivos após a data para o seu retorno (Ministério Da Saúde, 2010). Esse abandono possui causas multifatoriais, que podem ser socioeconômicas, psicológicas e até a associação com outras patologias, como o alcoolismo. Dessa forma, o objetivo central do estudo é analisar as causas associadas ao abandono recorrente do tratamento de tuberculose apontadas pela literatura científica.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem como objetivo sintetizar de maneira sistemática, ordenada e abrangente os resultados obtidos através de pesquisas realizadas de maneira não-experimental.

Para tal, foram seguidos sete passos que classificam a pesquisa como válida: escolha do tema a ser estudado, elaboração de uma pergunta norteadora, definição do objetivo de estudo, escolha de critérios de exclusão e inclusão para seleção de artigos, discussão dos materiais levantados e apresentação da revisão.

A patologia escolhida para guiar o estudo foi tuberculose, tendo como base o questionamento: “Por que pacientes com tuberculose abandonam o tratamento antes do tempo prescrito?”. As buscas pelos artigos foram realizadas nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, LILACS e BVS, com as seguintes palavras-chave: *Mycrobacterium tuberculosis*, tratamento, abandono e fatores associados. Os critérios escolhidos para integrar a pesquisa baseavam-se em artigos publicados nos anos de 2011 a 2021 disponíveis integralmente em português. Artigos repetidos foram usados para critério de exclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a pesquisa com as palavras-chave, foram encontrados 308 artigos, dentre os quais foram selecionados 24 artigos com base na leitura do título, 19 foram escolhidos para a leitura completa, sendo 6 aptos para esta revisão de literatura. Foram aplicados todos os critérios de inclusão e exclusão.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos por base de dados, idioma, ano de publicação e periódico.

Base de dados	Idioma	Ano de publicação	Periódico
LILACS	PORTUGUÊS	2017	Rev. Bras. de clín. Med.
LILACS	PORTUGUÊS	2014	Cad. Saúde pública
LILACS	PORTUGUÊS	2021	R. pesq. cuid. Fundam. Online
BVS	PORTUGUÊS	2014	Cad. Saúde pública
BVS	PORTUGUÊS	2016	O seu problema de saúde pública
MEDLINE	PORTUGUÊS	2013	Cogitare enfermagem

Fonte: Dos autores (2022).

A continuidade no tratamento da tuberculose tem apresentado muitas dificuldades para o sistema de saúde, visto que inúmeras variáveis influenciam diretamente na interrupção da medida terapêutica, como, por exemplo: a dose do medicamento, o local onde o tratamento acontece, o horário, a condição socioeconômica do paciente,

alcoolismo, a ausência de informações sobre a doença, regressão dos sintomas nos meses iniciais da terapêutica e a idade. A maioria dos casos de abandono acontecem no início do tratamento, com certa de 2,7 meses de procedimento. Essa desistência pode ser explicada pela eficácia do medicamento que é considerada alta, levando a melhora do quadro clínico do paciente de maneira rápida e consequente abandono, isso porque o indivíduo passa se autodeterminar curado e interrompe a medida terapêutica. A faixa etária que é responsável pela maior taxa de abandono está entre 20-39 anos. Quando levado em consideração o aspecto “sexo”, homens têm maior percentual de desistência do tratamento (Silva *et al.*, 2014.).

Quanto à raça/cor autodeclarada, entre os que se declaram pardos a porcentagem de abandono é alta, cerca de 70,2%. No que se refere à ocupação da população, quase metade possuía ensino fundamental incompleto (35,1%) e uma parte significativa não possuía vínculo trabalhista (8,9%) (Ferreira *et al.*, 2021). A baixa escolaridade torna os indivíduos vulneráveis à tuberculose, isso porque ela se manifesta na capacidade de percepção e associação de informações sobre a doença e seu tratamento, bem como a profilaxia e a manutenção de uma vida saudável, e está, portanto, associada ao abandono da medida terapêutica (Furlan *et al.* 2012.). O desconhecimento dos pacientes quanto aos efeitos adversos dos medicamentos, a ausência de palestras que trabalhem direta e didaticamente informações sobre a patologia, também influencia na desistência do tratamento, isso porque muitos pacientes só recebem um direcionamento raso no momento do diagnóstico, não havendo uma rede de apoio que possa esclarecer de maneira mais ampla sobre os aspectos da doença ou sobre a importância da continuidade no tratamento (Lopes, 2016). De acordo com Silva e Moura (2019), o abandono do tratamento ocorre majoritariamente entre os dependentes de álcool, enquanto que para Silva *et al.* (2014), os alcoólatras em sua totalidade têm chances maiores de desistência. Os dois estudos mostram visões diferentes de um mesmo parâmetro. Para a literatura em geral, o alcoolismo influencia negativamente no resultado da terapêutica trazendo um leque de efeitos adversos, e faz com que os pacientes a abandonem em função do vício.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos por título, tipo de estudo e fatores associados ao abandono do tratamento.

Título	Tipo de estudo	Fatores associados ao abandono do tratamento
Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose.	Estudo ecológico	Falta de informação sobre a doença, regressão dos sintomas no início do tratamento.
Perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro.	Estudo descritivo, transversal e quantitativo	Situação socioeconômica e alcoolismo.
Fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário amazônico.	Estudo transversal analítico	Vulnerabilidade social e econômica da população.
Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010.	Estudo descritivo	Dose do medicamento, horário da administração, alcoolismo.
Tuberculose, um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento.	Estudo descritivo	Idade do paciente.
Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no Paraná.	Estudo descritivo	Baixa escolaridade.

Fonte: Dos autores (2022).

A distância entre a residência do paciente e a unidade de tratamento, embora não seja a causa mais relevante do abandono, pode ser considerada um obstáculo para a adesão do tratamento. A demora nos atendimentos e horários incompatíveis devido ao trabalho do paciente fazem com que haja a desistência da terapêutica, isso ocorre porque muitos indivíduos têm medo de perder o emprego por conta de faltas e atrasos. O baixo poder aquisitivo

para ir ao posto também é levada em consideração, o que demonstra como a variável “economia” pode interferir no sucesso da medida terapêutica. O sentimento de culpa dos pacientes frente a doença leva a desenvolvimento de fúria e angústia, podendo evoluir para abalos psicológicos que influenciam diretamente na desistência do tratamento (Sá, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tuberculose é uma das doenças infectocontagiosas mais presentes entre a população brasileira, e mesmo sendo uma enfermidade existente desde a pré-história ainda é uma grande problemática para a saúde pública. A partir disso surge a necessidade do estudo sobre a terapêutica da patologia, dando ênfase para as causas acerca do abandono do tratamento.

Nesse sentido, a discussão realizada nesta revisão de literatura permitiu observar as mais variadas causas do não cumprimento da medida terapêutica, dentre elas o déficit de informações sobre a tuberculose, aspectos sociodemográficos e econômicos, regressão dos sintomas e vícios associados, a exemplo o alcoolismo.

Desse modo, este estudo avalia a necessidade dos profissionais de saúde de orientar cada vez mais os pacientes, sempre deixando muito claro os efeitos colaterais da medicação e incentivando a permanência no tratamento, isso porque a falta de interação e comunicação entre profissionais e pacientes é um dos fatores que ocasionam o abandono e ao não comparecimento à unidade de saúde. Aliado a isso, é preciso que haja a intensificação de ações de educação em saúde, destacando os aspectos que precisam de mais atenção para os doentes. Por fim, espera-se que esta revisão integrativa da literatura estimule e embase novas pesquisas voltadas para a discussão acerca das causas do abandono do tratamento da tuberculose.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília; 2010

DA SILVA, M. E. N. *et al.* Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 50, n. 3, p. 228-32, 2018.

FERREIRA, M. R. L. *et.al.* Fatores de risco para o abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário amazônico. **Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v.13, p.185-191, 2021.

FURLAN, M.C.R; OLIVEIRA, S. P.; MARCON, S. S. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose no estado do Paraná. **Acta Paulista Enfermagem**. v.25, n.1, p.108-114, 2012.

KOZAKEVICH, G. V.; SILVA, R. M. Tuberculose: revisão de literatura. **ACM: arquivos catarinenses de medicina**, v. 44, n.4, p.34-47, 2015.

LOPES, A. O. **Tuberculose um problema de saúde pública: causas do abandono do tratamento**. São Paulo, 2010.

SÁ, A. M. M. Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Revista sociedade brasileira de clínica médica**, v.15, n.3, p.155-160. 2017.

SILVA, E. A. Perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro. **HU revista**, v.44, n.3, p.351-360, 2018.

SILVA, P. da F. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.8, p.1745-1754, 2014.

YOSHIMURA, F. K. *et al.* Tuberculose: revisão de literatura Tuberculosis: a review of the literature. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 14223-14231, 2021.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO HIV COM OS ANTIRRETROVIRAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA LITERÁRIA

Ana Paula Rodrigues Pereira

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Noemy Thayane Duarte da Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Yasmin Amorim Campelo

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

José Augusto Carvalho de Araújo

Doutor em Sociologia, Universidade Federal de São Carlos

Maridalva Ramos Leite

Doutora em Ciências da Educação, Facultad Interamericana
de Ciencias Sociales

Amauri Miranda Esteves

Especialista em dermatologia, Universidade Federal do Pará

RESUMO

O presente artigo, por meio de uma revisão integrativa literária, visa trazer os fatores que influenciam de forma negativa no tratamento antirretroviral que acabam por dificultar a condição de saúde da pessoa que vive com HIV. A não adesão ao tratamento ou a não realização de forma contínua, leva ao agravamento do quadro clínico e, muito provavelmente, a óbito. Tendo em vista que, atualmente, não existe a cura para o HIV, apenas o seu tratamento que deve ser realizado regularmente. Os critérios de inclusão das publicações nessa revisão foram: artigos em português disponíveis na íntegra, dos últimos 20 anos, abordando a temática escolhida. Após análise dos artigos, reuniram-se os resultados em 8 categorias temáticas: a pouca ou nenhuma informação acerca da TAVR em relação a adesão, a complexidade e duração do tratamento implicam em uma menor adesão, o uso de drogas lícitas e ilícitas prejudicam a adesão a TARV, esquecimento do paciente em usar os medicamentos atrapalha a TARV, a escolaridade como um fator preditor de não adesão, o estigma a AIDS

como um fator que atrapalha na adesão, a importância do apoio dos profissionais da saúde na adesão da TARV pelos pacientes e o suporte familiar e social na adesão ao tratamento. Destarte, é de suma importância o acompanhamento do profissional de saúde no tratamento a fim de minimizar as consequências da doença, no âmbito social e biológico, para proporcionar maior longevidade e qualidade de vida aos portadores do HIV/ Aids.

Descritores: HIV; Abandono; Adesão; Tratamento; AIDS; Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Por volta dos anos 80 do século XX, a Síndrome da Imunodeficiência Humana foi observada pela primeira vez nos EUA. Desde então, com o avanço da ciência, vários medicamentos já foram desenvolvidos para o seu tratamento, o que resultou em uma grande redução dos casos de mortalidade daqueles que foram infectados pelo vírus. A infecção por HIV é uma doença infecciosa crônica provocada por um dos vírus da imunodeficiência humana – VIH-1 e VIH-2, retrovírus identificados em 1983 e 1986, poucos anos após o eclodir da SIDA em 1981 nos Estados Unidos da América do Norte. A doença apresenta características clínicas, imunológicas e virológicas distintas ao longo de todo o seu período evolutivo, conquanto possam variar entre hospedeiros e tipo de vírus. Apesar da disponibilidade de um tratamento antivírico eficaz, ainda não há cura para a infecção (Miranda, 2003).

Segundo o Programa Nacional de DST/Aids, o primeiro caso identificado de AIDS foi por volta de 1980. Em 1984, se deu a estruturação do Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que foi o primeiro programa para o controle da AIDS no país. Logo em seguida, em 1987, no estado do Rio de Janeiro, pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz isolam o HIV-1 pela primeira vez na América Latina. Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente os antirretrovirais (ARV), por meio da Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que marca uma grande conquista para a sociedade brasileira (Brasil, 2010). No entanto, é necessário lembrar o fato de que o tratamento ser oferecido nos serviços de saúde não é sinônimo de sua adesão, logo, essa situação resulta em consequências que podem levar ao agravamento da condição de saúde da pessoa que é soro positivo. Por ser uma condição crônica, é indispensável o tratamento regular com a utilização dos antirretrovirais.

De 2007 até junho de 2021, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 165.247 (43,3%) na região Sudeste, 75.618 (19,8%) na região Nordeste, 75.165 (19,7%) na região Sul, 36.218 (9,5%) na região Norte 29.545 (7,7%) na região Centro-Oeste. Do total de casos, 266.360 (69,8%) acometeram homens e 115.333 (30,2%) as mulheres. A taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil desde o ano de 2012. No ano de 2020, observa-se a maior redução anual da taxa, que chegou a 14,1 casos por 100 mil habitantes, o que está relacionado em parte aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da covid-19 (Brasil, 2021).

Em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes, sendo que em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento também se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores incrementos dessa taxa nos últimos dez anos (111,3% e 73,8% respectivamente) (Brasil, 2021).

Tendo conhecimento desses dados fornecidos pelo Ministério da Saúde e do estigma que, infelizmente, envolve e acompanha o HIV e a AIDS desde a sua descoberta. Neste sentido, torna-se importante a realização de mais políticas públicas focadas na informação e educação para toda a sociedade relacionadas à infecção pelo HIV. Ademais, durante a visita que foi feita no Centro de Atenção à Saúde em Doenças Infecciosas Adquiridas (CASA DIA) no município de Belém, ao conhecer um pouco mais sobre as pessoas que vivem com o HIV, foi reforçada a concepção da carência de informação e o estigma como consequência disso.

Segundo o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, o HIV é transmitido por meio de relações sexuais (vaginal, anal ou oral) desprotegidas (sem o uso do preservativo) com uma pessoa que é soropositiva, ou seja, que já tem o HIV, pode ser transmitido também pelo compartilhamento de objetos perfuro cortantes contaminados, como agulhas, alicates, etc., de mãe soropositiva, sem o tratamento do antirretroviral, para o filho durante a gestação, parto ou amamentação.

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. E é na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV – tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. O organismo leva de 8 a 12 semanas após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebida. Caso haja suspeita de infecção pelo HIV, procure uma unidade de saúde e realize o teste (Brasil, 2016).

Outrossim, é primordial que todos tenham o conhecimento de que a infecção pelo HIV não levará necessariamente a pessoa a desenvolver a AIDS. HIV é o vírus que pode provocar a AIDS. Uma pessoa soropositiva pode viver anos sem apresentar qualquer sintoma ou chegar a desenvolver a doença. Atualmente, não existe cura para o HIV, porém por conta dos avanços científicos, uma pessoa que vive com o vírus pode ter uma ótima qualidade de vida. No que diz respeito ao tratamento, ele engloba um acompanhamento constante com os profissionais de saúde juntamente com exames que devem ser feitos. Em relação ao medicamento, os antirretrovirais diminuem a produção do vírus no organismo, o que resulta na melhoria da qualidade de vida.

Para que o tratamento dê certo, o soropositivo não pode se esquecer de tomar os remédios ou abandoná-los. O vírus pode criar resistência e, com isso, as opções de medicamentos diminuem. A adesão ao tratamento é fundamental. Mesmo em tratamento, a pessoa com AIDS pode e deve levar uma vida normal, sem abandonar a sua vida afetiva e social. Ela deve trabalhar, namorar, beijar na boca, transar (usando o preservativo), passear, se divertir e fazer amigos. Atualmente, existem os medicamentos antirretrovirais – coquetéis antiaids que aumentam a sobrevivência dos soropositivos. É fundamental seguir todas as recomendações médicas e tomar o medicamento conforme a prescrição. É o que os médicos chamam de adesão, ou seja, aderir ao tratamento (Brasil, 2016). Não obstante a isso, a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável são atos que auxiliam no bem-estar, tanto físico, quanto mentalmente. Este estudo teve como objetivo geral identificar, através de consultas na literatura, os fatores que influenciam na adesão ao tratamento antirretroviral.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) que é um método que tem o objetivo de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.

Para ser considerada uma pesquisa, a revisão de literatura deve seguir o mesmo critério da pesquisa primária. Portanto, para esta revisão, foram consideradas sete etapas: elaboração da questão de pesquisa, definição do objetivo do estudo, estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos para seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para conduzir este estudo, formulou-se a seguinte questão: quais os motivos para a não adesão ao tratamento com antirretrovirais (TARV)? A procura pelos artigos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio das seguintes palavras chaves: adesão ao tratamento de HIV, antirretrovirais, abandono do tratamento. O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu no mês de agosto de 2022.

Os critérios para a inclusão das publicações na presente revisão integrativa foram: artigos em português, publicados no período de 2000 a 2020, que abordassem a temática escolhida e estivessem disponíveis eletronicamente, na íntegra. Os critérios para a exclusão de publicações na presente revisão integrativa foram: artigos repetidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados (99) artigos nos últimos 20 anos. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, mencionados anteriormente, chegou-se à amostra desta revisão integrativa que totalizou 13 artigos, disponíveis na Tabela 1, sendo que todos foram encontrados na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine (MEDLINE) e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A amostra foi constituída por estudos publicados em português entre o período de 2000 a 2020.

Ao analisar a tabela 1, percebe-se que foram encontrados artigos em quase todos os anos no período de 2000 a 2020, portanto a adesão ao tratamento com antirretrovirais desde sua implementação sempre foi discutido com o intuito de se obter uma perspectiva e qualidade de vida dos portadores do HIV. Ademais, pode-se notar que todos os estudos foram publicados em periódicos específicos da área da saúde. Entre os artigos publicados em periódicos da área da saúde, seis deles (Artigo 1, 3, 5, 9, 12 e 13) foram publicados em revista de enfermagem, três deles (Artigo 4, 6 e 11) publicados em revistas médicas, um deles (Artigo 2) em uma revista de saúde pública, um em uma revista de estudos epidemiológicos (Artigo 7), e duas em uma revista de ciência da saúde e ciência humana (Artigo 10 e 14).

Diante dos dados encontrados e levando em consideração a relevância dessa temática para a saúde pública e social brasileira, é de suma importância conhecer os diversos fatores que transpassam os motivos de não adesão ao tratamento do HIV e fatores que ajudam o paciente nesse processo. Para tanto, após a análise dos artigos incluídos na presente revisão integrativa, reuniram-se os resultados em 6 categorias temáticas: a pouca ou nenhuma informação acerca da TARV em relação a adesão, o uso de drogas lícitas e ilícitas prejudicam a adesão a TARV, a escolaridade como um fator preditor de não adesão, o estigma a AIDS como um fator que atrapalha na adesão, a importância do apoio dos profissionais da saúde na adesão da TARV pelos pacientes e o suporte familiar e social na adesão ao tratamento.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos selecionados em número do artigo, autor, título e ano.

Nº do Artigo	Autores	Título	Ano	Periódico	Tipo de Estudo
1	Figueiredo <i>et al.</i>	Adesão de pacientes com AIDS ao Tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola.	2001	Revista Latino em Enfermagem	Estudo seccional
2	Júnior, Greco, Carneiro.	Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids.	2001	Revista de Saúde Pública	Estudo seccional
3	Gir, Vailchulos, Oliveira	Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista.	2005	Revista Latino em Enfermagem	Estudo quali-quantitativo
4	Brito, Szwarcwald, Castilho	Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com aids. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 –2002.	2006	Revista de Associação Médica Brasileira	Não identificado
5	Silva, Waidman, Marcon	Adesão e não-adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência.	2009	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo qualitativo
6	Blat, E. <i>et al.</i>	Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil.	2009	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Estudo Transversal
7	Schil, K. <i>et al.</i>	Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro, RJ.	2011	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo Quantitativo
8	Soare, S. R. C. A	A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo HIV/AIDS, atendidos no hospital das clínicas da UFPE.	2013	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Estudo de prevalência

9	Rossi e Pereira	O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de AIDS.	2014	Saúde e Sociedade	Estudo qualitativo
10	Galan, O. <i>et al.</i>	Vivências de adolescentes soropositivos para HIV/AIDS: um estudo qualitativo.	2016	Revista Paulista de Pediatria	Estudo qualitativo
11	Menez E.S, <i>et al.</i>	Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS.	2018	Acta Paulista de Enfermagem	Estudo transversal quantitativo.
12	Costa, Meirelles.	Adesão ao tratamento de jovens adultos vivendo com HIV/aids na perspectiva do pensamento complexo.	2019	Texto e Contexto Enfermagem	Estudo qualitativo
13	Costa, Meirelles.	Desafios para a adesão ao TARV na perspectiva dos profissionais no Sistema de Saúde de Moçambique.	2020	Psicologia: teoria e pesquisa	Estudo qualitativo

Fonte: autoria própria, 2022.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos por fatores relacionadas a não adesão.

Nº do Artigo	Fatores relacionados a não adesão
1	Quantidade de medicamentos e reações adversas.
2	Efeitos colaterais; nível de escolaridade; a idade e o tempo de uso de antirretrovirais.
3	Apresentação farmacêutica; efeitos colaterais intensos; fatores psicológicos; diferentes horários de medicação intensos;
4	Uso de drogas; tratamento psiquiátrico; baixo grau de escolaridade e idade de 25 a 34 anos.
5	Esquecimento; efeitos colaterais, quantidade de medicamentos; apoio da rede social.
6	Escolaridade; fato de viver com a família; avaliação positiva da terapia antirretroviral; diagnóstico por doença oportunista; menor contagem de linfócitos CD4 maior que 200 células/mm3 e o fato de estar no primeiro tratamento.
7	Econômicos (desemprego); uso de drogas; antecedentes psiquiátricos.
8	Uso de drogas lícitas e ilícitas; religião; sigilo da doença; esquemas de tratamento; custo de transporte.

9	Complexidade do tratamento e fatores econômicos.
10	Medo da doença e estigma social.
11	Tempo do diagnóstico.
12	Falta de informação sobre a doença e estigma.
13	Econômicos (desemprego); falta de informação sobre a doença (medo) e estigma.

A Pouca ou nenhuma informação acerca da TARV (Terapia Antirretroviral) em relação à sua adesão

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, sem que o paciente esteja devidamente informado sobre sua doença e suficientemente motivado para aderir ao tratamento, a atitude do médico que apenas entrega a receita não funcionará no engajamento do paciente. O artigo da sociedade afirma que sem nenhum suporte educacional ao paciente, o médico “certamente estará promovendo um indesejável impacto negativo sobre os índices de adesão do paciente às recomendações recebidas”. Portanto, é importante que o paciente tire todas as suas dúvidas sobre o seu tratamento com o médico. E é imprescindível que o profissional explique os riscos e benefícios do tratamento indicado, como ele pode afetar os hábitos diários e a importância de seguir as orientações durante toda a jornada de relacionamento com o paciente.

O artigo 3 relata que a falta de comunicação acerca do tratamento interfere na boa adesão. Nesse artigo foi pontuado que os dados obtidos apontaram a existência de dificuldades e falhas nas informações sobre o complexo esquema da terapêutica medicamentosa utilizada. Destarte, a implementação de orientação e aconselhamento para avaliar, discutir e sensibilizar o indivíduo sobre o impacto potencial da doença em sua rotina diária, e posteriormente com ele definir as estratégias factíveis ao incremento da adesão correta, considerando as condições socioeconômicas e culturais que possam impedir ou limitar uma boa adesão, constituem táticas imprescindíveis para amenizar a má adesão ao tratamento com ARV (Gir; Vaichulonis; Oliveira., 2005).

O uso de drogas lícitas e ilícitas prejudicam a adesão à tarv

Muitos Portadores do Vírus do HIV têm dificuldades de adesão ao tratamento devido a padrões de comportamento, como o uso de drogas. Os transtornos de personalidade, tais como antissocial, borderline, narcisista e histriônica, acometem por volta de metade dos usuários de drogas, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. Portanto, são circunstâncias que apresentam impacto significativo sobre o tratamento e o prognóstico. O uso de drogas favorece para o agravamento da infecção, pois apresenta um efeito aditivo com o vírus HIV ao causar danos neurológicos, principalmente nas áreas dopaminérgicas. Além disso, a dependência de substâncias, drogas / álcool / tabagismo, contribui para imunossupressão do organismo, o que é agrava bastante o quadro do PVHIV, que já possui uma alta redução do número de LCD4, o que pode levar a infecções oportunistas (Viegas, 2019).

Nos artigos 4, 6, 8 é relatado a relação do uso de drogas e a não adesão, a interrupção e a falhas no tratamento. O artigo 6 traz um dado interessante dos usuários de álcool, no qual informaram que não tomavam a medicação em alguns fins de semana para poder ingerir bebida alcoólica, prejudicando assim o seu tratamento.

A escolaridade como um fator preditor de não adesão A escolaridade é um fator que está relacionado com entendimento do paciente sobre o seu tratamento e consequentemente a sua adesão. Nos artigos 1, 3, 4, 6 e 8 se obteve um resultado da associação entre a interrupção ao tratamento antirretroviral e indivíduos com escolaridade baixa, o artigo 4 revela uma associação estatisticamente significativa em indivíduos com escolaridade elementar (analfabeto ou até três anos). Portanto, a escolaridade interfere na aderência aos antirretrovirais, já que influem na compreensão da importância e até mesmo no acesso ao tratamento (Júnior; Greco; Carneiro, 2001).

O estigma da aids como um fator que atrapalha a adesão

A origem da palavra “estigma” aponta para marcas ou cicatrizes deixadas por feridas. Por extensão, em um período que remonta à Grécia Antiga, passou a designar também as marcas feitas com ferro em brasa em criminosos, escravos e outras pessoas que se desejava separar da socieda-

de “correta” e “honrada”. Essa mesma palavra está presente no universo do indivíduo que vive com o HIV. No lugar da marca de ferro, relegamos preconceito, falta de informação e efetividade no tratamento ao PVHIV (GOFFMAN, 1982). Ademais, o medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação faz com que comunicar o diagnóstico para outras pessoas do convívio sociofamiliar seja uma decisão difícil, cujo ato, muitas vezes, ainda é evitado e adiado. Nessa perspectiva, pessoas que descobrem a soropositividade veem-se diante das seguintes dúvidas e dilemas: se vale a pena, como, quando e para quem comunicar sobre o diagnóstico (Brasil, 2010).

Esses pensamentos que podem surgir quando se recebe o diagnóstico possuem uma causa, sabe-se que mesmo que exista uma grande evolução no combate ao preconceito relacionado ao HIV, ele ainda persiste e interfere no tratamento. Logo, a discussão sobre a importância e os benefícios de continuar com a medicação são essenciais, tanto pra quem é soropositivo quanto pra quem convive com quem realiza o tratamento, a fim de dar apoio e incentivar para que haja uma melhor qualidade de vida para essa pessoa.

Nos artigos 6, 8 é abordado que o estigma social atrapalha o processo de adesão ao tratamento pelo indivíduo. Neste artigo é ressaltada a dificuldade de se resolver problemas relacionadas aos fatores sociais como o estigma, uma vez que fazem parte de uma dinâmica social mais ampla. Dessa maneira, além de assegurar o acesso ao tratamento, é necessário melhorar a qualidade do cuidado e investir nas políticas sociais e culturais que afetam os pacientes que vivem com o HIV/AIDS (Blatt *et al.* 2009).

A importância do apoio dos profissionais da saúde na adesão da tarv pelos pacientes

Os profissionais da área de saúde atuam diretamente com o cuidado e tratamento da vida das pessoas. Por isso, é extremamente importante atender os pacientes de forma humanizada e satisfatória. Há grande necessidade de o paciente ter confiança e receber apoio na sua saúde física, mas também na parte psicológica, com isso ele se sentira mais seguro e incentivado quanto ao tratamento indicado.

No artigo 1, é ressaltado que a confiança é o elemento chave da relação entre paciente e o profissional da saúde e para que ela ocorra é necessário o estabelecimento de empatia, de credibilidade no profissional

junto ao grupo, do respeito à privacidade e, principalmente, de confiança nas informações e nos comportamentos do paciente. Neste processo educativo são atitudes positivas: determinação de metas com flexibilidade, utilização de termos curtos, a consideração do contexto social onde está inserido o paciente e a não realização de julgamentos morais. A utilização de recursos didáticos como panfletos e guias são de excelente ajuda, mas não substituem a atenção individual do profissional. Soluções formuladas em conjunto (enfermeira/paciente) tendem a ser muito mais respeitadas e há um empenho maior para que elas deem certo à vez de respostas prontas, pré-fixadas (Figueiredo *et al.*, 2001).

Ademais, no artigo 6 é abordado que se acredita que a aceitação da adesão à terapia antirretroviral também pode ser influenciada pela confiança depositada no sistema de saúde e na relação interpessoal com os profissionais de saúde. Desse modo, o papel do profissional que presta assistência é importante, principalmente pela capacidade de diálogo e de negociação. Orientar sobre a doença, a importância da adesão, os medicamentos, o modo correto de usá-los, os efeitos colaterais do tratamento e as medidas a serem tomadas quando tais efeitos ocorrem constitui um aspecto prioritário no tratamento e deve envolver todos os profissionais de saúde responsáveis pela assistência (Blatt *et al.* 2009).

A equipe de enfermagem pode intervir de forma efetiva na comunidade e nas instituições de apoio, mediante formação específica em escolas, grupos de adolescentes, funcionários e voluntários das instituições de apoio visando o auxílio aos indivíduos mais carentes e debilitados em suas atividades diárias e a distribuição ou administração da medicação ARV a esses sujeitos incapazes de se responsabilizarem e ingerirem a medicação, tornando-se essa, uma medida bastante conceituada em relação ao cuidado domiciliar (Gir; Vaichulonis; Oliveira, 2005).

O suporte familiar e social na adesão ao tratamento

A falta de apoio familiar e social são fatores que contribuem negativamente para a não adesão ao tratamento do HIV, pois, o autoisolamento resulta na exclusão da vida social e de relacionamentos estáveis. O suporte social e familiar tem um papel importante para amenizar as consequências negativas decorrente do tratamento.

Nos artigos 5, 6 e 8 é observa-se que a rede de apoio familiar e social é fundamental no processo de TARV, uma rede pessoal estável e confiável interfere no processo de auto estigma. Desse modo, entende-se que essas redes oferecem apoio instrumental e emocional a pessoa, sendo o apoio instrumental entendido com o financeiro e o emocional refere-se à afeição. Entre os fatores que estão relacionados a falta de apoio está, principalmente, a falta de informação da comunidade e o estigma associado a doença. (Silva; Ana *et al.* 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo destaca alguns aspectos que devem ser observados pelos profissionais da área da saúde, especialmente os profissionais da enfermagem, no que diz respeito à atenção com os cuidados oferecidos aos portadores de HIV/Aids, de modo que se diminua a não adesão a terapia antirretroviral. Portanto, é de suma importância o acompanhamento do profissional de saúde desde o primeiro mês de tratamento, observando de forma individualizada cada indivíduo e suas especificidades, a fim de minimizar as consequências da doença, no âmbito social e biológico, para proporcionar maior longevidade e qualidade de vida aos portadores do HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.A.C. **AIDS: entre a ética, o segredo e a prática médica. Um estudo sobre a relação médico e paciente.** João Pessoa: UFPB, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. História da Aids. Aids. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-deconteudos/historia-aids-linha-do-tempo> >. Acesso em: 21 ago. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. v. 1, n. 1, p. 7-10, dez. 2021. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021> >. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: Recomendações do Grupo de Tra-**

balho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 1, n. 1, p. 13-14. Disponível em:< https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf >. Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. v. 1, n. 1, p. 18-20. Disponível em < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf >. Acesso em: 21 ago. 2022.

BLATT, Carine. *et al.* Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Santa Catarina, 2009. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/LykQC34BbDhn37DSrXrLZqc/>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção, interrupção de tratamento antirretroviral retroviral em adultos com aids. Rio grande do Norte, brasil, 1999 – 2002. **Revista de Associação médica Brasileira**, Rio Grande do Norte, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/TDSLbZgBL8Z6gVSbvBBpyPN/>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CARVALHO, C. V. *et al.* Determinantes da aderência à terapia antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 593-604, mar./abr. 2003. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/9Hb6zXm-nNsmh8vg9y6vNcXd/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 20 ago. 2022.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S. Adesão ao tratamento de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids na perspectiva do pensamento complexo. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2019, v. 28, e20170016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0016>>. Epub 11 Nov 2019. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0016>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FIGUEIREDO, R. M. *et al.* Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zxVKy-v8Y7HMwcqSbtCXSP3L/>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

GALANO, Eliana; et al. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: um estudo qualitativo. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 34. ed, 2. p, 171-177. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppe-de.2015.08.019>. Acesso: 20 ago. 2022.

GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica antirretroviral por indivíduos com HIV/aids assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/SmbpqVrFGhVFdf-GPpP4x8Vn/#>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. v. 4, p. 6-10. Disponível em <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/goffman,erving.estigma_notassobreamanipulacaodaidentidadedeteriorada.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022

JÚNIORA, L. L.; GRECOA, D. B.; CARNEIROB, M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Revista Saúde Pública**, Minas Gerais. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/SYqn9xtsHRNwXRJSTV4TwPt/#:~:text=Para%20avaliar%20a%20ader%C3%Aancia%20aos%20medicamentos%2C%20realizou%20um,utilizados%20o%20teste%20de%20Student%20e%20do%20qui-quadrado>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

MENEZES, E. G. et al. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm**. 2018; vol. 31, n. 3, p. 299-304. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/y7V-FMfdmBYdFVgQFYrSK3Zs/?lang=pt#:~:text=O%20estudo%20mostrou%20que%20pessoas,e%20o%20tempo%20de%20diagn%C3%B3stico.>>>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MIRANDA, A. M. Evolução natural da infecção por VIH - Aspectos clínicos. **Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar**, vol. 19, n. 6, p. 587-97. 2003. Disponível em < <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i6.9993>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

POLEJACK, Larissa et al. Desafios para a Adesão ao TARV na Perspectiva dos Profissionais do Sistema de Saúde de Moçambique. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**. 2020, v. 36, n. spe, e36nspe10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe10> Epub . Acesso em: 20 ago. 2022.

ROSSI, P. S.; PEREIRA, P. P. G. O remédio é o menor dos problemas: seguindo redes na adesão ao tratamento de aids. **Saúde e Sociedade [online]**. 2014, v. 23, n. 2, pp. 484-495. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010412902014000200010>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. v. 14, n. 2, pp. 187-197, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200001>>. Epub 06 Jun 2011. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200001>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SOARES, R. C. A. A não adesão ao tratamento com antirretrovirais em adultos com infecção pelo hiv/aids, atendidos no hospital das clínicas da UFPE. **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife**, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719853>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS PARA O AUTOCUIDADO POR PACIENTES HIPERTENSOS

Margarete Feio Boulhosa

Doutora em Saúde Pública, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Maria da Conceição Nascimento Freitas

Mestre em Doenças Tropicais, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Maria Tereza Sanches Figueiredo

Mestre em Educação, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

Patrícia Amaral Lopes

Especialista em Terapia Intensiva, Universidade Paulista (UNIP)

Erlon Gabriel Rego de Andrade

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Willian Dias Borges

Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Armando Martins Alves

Enfermeiro, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN)

Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Medeiros

Doutora em Saúde Pública, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento, práticas e atitudes para o autocuidado dos usuários hipertensos em relação às ações de promoção da saúde no estilo de vida. Método: estudo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2017, no município de Belém/PA, com indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, cadastrados no programa HIPERDIA do Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM). Os dados foram coletados por um grupo de discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, previamente capacitados para a aplicação de um formulário de coleta de dados estruturado em cinco partes, sendo os dados submetidos à análise estatística inferencial. Resultados e discussão: observou-se a atitude diretamente

relacionada ao conhecimento, uma vez que a consciência da população depende da educação em saúde, e está associada ao autocuidado e a capacidade de as pessoas desenvolverem práticas para cuidar de si, assim como para o desenvolvimento de mudanças nos estilos de vida, para lidar com a cronicidade estabelecida pelo diagnóstico de hipertensão. Conclusões: A hipertensão se revela como um risco para o comprometimento das doenças cardiovasculares e isto implica dizer que não basta somente ter o conhecimento, mas que existe a necessidade de atitudes para as mudanças comportamentais necessárias, e assim o autocuidado possa ser realizado com autonomia, evitando o comprometimento a saúde.

Descritores: Hipertensão, Autocuidado, Doença Crônica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem uma expressiva problemática no campo da saúde pública atual, operando no impacto econômico com os altos custos recorrentes da necessidade de acompanhamento médico contínuo, e uso prolongado de medicamentos e consequente sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011; IBGE, 2014). Dentre estas doenças, as cardiovasculares representam 31% da taxa de mortalidade, correspondendo a mais de 17,5 milhões de óbitos por essa patologia. No Brasil, em 2013, foi responsável por 28% do total das causas de morte (339.672 mortes) (WHO, 2014).

Nesse sentido, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, atualmente, a mais frequente das doenças cardiovasculares, considerada uma das mais importantes causas de morbimortalidade do mundo. A prevalência da HAS, ao contrário do que acontece em muitos países ricos, vem aumentando em países de baixa e média rendas é ascendente em países de baixa e média renda (Mills *et al.*, 2016). Esta é uma problemática que aflige a população em todas as faixas etárias, especialmente aqueles que estão com idade superior a 65 anos, como é possível perceber no atual cenário brasileiro, em que o agravo afeta 60,4% dessa população, chegando a 50,3% na faixa etária de 55 a 64 anos e 34,1% na faixa etária de 45 a 54 anos (Malta *et al.*, 2017).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica, o estado do Pará, no período de dezembro de 2015, apresentava 91.587 de

usuários hipertensos cadastrados no SUS, dos quais 83.608 estavam em acompanhamento. Na capital do estado, Belém, estão cadastrados 14.563 usuários e apenas 13.255 encontram-se em acompanhamento para o controle da pressão arterial na atenção básica (Brasil, 2015).

Nessa perspectiva, revelam-se as dificuldades identificadas ao longo do tratamento de pacientes hipertensos, em especial no tocante à adesão ao tratamento, uma vez que 50% dos indivíduos portadores dessa patologia não realizam o tratamento medicamentoso (Santos *et al.*, 2019). A adesão do tratamento do portador de HAS perpassa por uma interação de determinantes sociais, culturais, econômicos, além de algumas deficiências no processo de qualificação do corpo técnico atuante no sistema de saúde e aqueles referentes à distribuição de medicamentos. Outrossim, a própria patologia, em sua proporção, pode repercutir em dificuldades motoras e problemas psicológicos ao paciente (Silva *et al.*, 2017).

Ante exposto, este estudo tem por objetivo analisar o conhecimento, práticas e atitudes para o autocuidado dos usuários hipertensos em relação às ações de promoção da saúde no estilo de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de agosto a novembro de 2017, no município de Belém, estado do Pará. A amostra foi constituída por indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica cadastrados no programa HIPERDIA do Centro de Saúde Escola do Marco (CSEM). Em um levantamento junto à coordenação do Centro, foi identificado um total de 233 pessoas cadastradas no programa, contudo após o cálculo amostral, considerando um intervalo de confiança de 80% e um valor preditivo para erro de 5%, obteve-se uma amostra de 144 usuários.

Para obter maior homogeneidade da amostragem, foram incluídos usuários de ambos os gêneros, idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados no HIPERDIA, em acompanhamento dos níveis pressóricos em período acima de 06 meses, que não apresentem qualquer transtorno cognitivo, psiquiátrico ou doença incapacitante associada que precise de terceiros para locomoção.

Os dados foram coletados por um grupo de discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, previamente capacitados para a aplicação de um formulário de coleta de dados estruturado em cinco partes: as duas primeiras referentes à identificação e caracterização sociodemográfica dos participantes, e as três últimas para se obter informações sobre o conhecimento, atitudes e práticas através da técnica do conhecimento, atitude e prática (CAP), a qual permite circundar as possibilidades das razões dos agravos, magnitude do fenômeno e obtenção de investigação sobre o estilo de vida e as ações de prevenção para o controle da HAS (Kaliyaperumal, 2004). Assim, as seções relacionadas ao CAP foram compostas por perguntas fechadas, com cinco alternativas de resposta (concordo totalmente, concordo, indeciso, discordo, discordo totalmente) e um escore final de três categorias de conhecimento com base na escala Likert: adequado/bom, regular e não adequado/insuficiente. a primeira parte do formulário fez referência à identificação dos participantes, a segunda contemplou características sociodemográficas, a terceira relacionou-se ao conhecimento sobre pressão arterial e cuidados com a saúde; a quarta concernente a atitudes; e, a quinta e última com questionamentos quanto às práticas sobre o estilo de vida.

Para a sessão de conhecimento, foram utilizadas 14 perguntas, sendo atribuída a categoria de conhecimento adequado ou bom àquele usuário que respondesse “concordo” ou “concordo totalmente” a, no mínimo, dez questionamentos. Conhecimento regular mostrou o participante que respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” para cinco a nove indagações. A classificação não adequado/insuficiente foi atribuída a quem respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” para quatro ou menos perguntas.

Quanto à sessão atitude, optou-se por cinco questionamentos, sendo considerado com atitude regular o participante que respondesse “concordo” ou “concordo totalmente” para três ou menos perguntas. A categoria não adequado/insuficiente foi atribuída àquele que respondesse “concordo” ou “concordo totalmente” para apenas uma pergunta.

Em relação à sessão prática, esta foi composta por seis indagações, onde foi classificada como atitude adequada/boa quem respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” para, no mínimo, cinco perguntas.

Como atitude regular, o usuário que respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” para três ou quatro questionamentos. A categoria não adequado/insuficiente foi atribuída ao participante que respondeu “concordo” ou “concordo totalmente” uma ou duas perguntas.

Foi realizada uma análise estatística inferencial, onde: a distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste de D’Agostino-Pearson; a distribuição das variáveis nominais pelo teste do Qui-Quadrado; e a distribuição das variáveis quantitativas pela ANOVA (Análise de Variância). Previamente, foi fixado o nível alfa = 0.05 (erro alfa 5%) para rejeição da hipótese de nulidade. Para este processamento estatístico, recorreu-se ao software BioEstat versão 5.3.

É válido mencionar que este estudo foi submetido à avaliação dos aspectos éticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, sendo aprovado sob o parecer nº 73085417.5.0000.5170. Acrescenta-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após conhecerem o objetivo do estudo, os procedimentos a serem realizados, assim como seus riscos e benefícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos 144 participantes deste estudo. Predominou o sexo feminino (n= 92; 63,9%), a faixa etária de 60 a 69 anos (n= 59; 41,0%) seguida de 70 a 79 anos (n = 37; 25,7%) e de 50 a 59 anos (n= 35; 24,3%). Quanto ao estado civil, destacaram-se os casados (n= 61; 42,4%). Em relação à escolaridade, 71 (49,3%) participantes referiram possuir ensino fundamental completo. Além disso, dos entrevistados, 85 (59%) têm conhecimento de sua hipertensão a tempo igual ou inferior a 10 anos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA. Centro de Saúde Escola do Marco, Belém/Pará, Brasil (2017).

Característica	n	%	p-valor
Gênero			
Masculino	52	36.1	0.0012*
Feminino	92	63.9	
Faixa etária			<0.0001*
30 a 39 anos	1	0.7	
40 a 49 anos	5	3.5	
50 a 59 anos	35	24.3	
60 a 69 anos	59	41.0	
70 a 79 anos	37	25.7	
Estado Civil			<0.0001*
Casado	61	42.4	
Divorciado	17	11.8	
Solteiro	25	17.4	
União Estável	13	9.0	
Viúvo	28	19.4	
Escolaridade			<0.0001*
Analfabeto	6	4.2	
Fundamental Incompleto	8	5.6	
Fundamental Completo	71	49.3	
Médio Incompleto	2	1.4	
Médio Completo	47	32.6	
Superior Incompleto	1	0.7	
Superior Completo	9	6.3	
Quanto tempo sabe que tem HAS			<0.0001*
0 a 10 anos	85	59.0	
11 a 20 anos	41	28.5	
21 a 30 anos	11	7.6	
31 a 40 anos	7	4.9	

*Qui-quadrado de aderência

A Tabela 2 refere-se a sessão de conhecimento sobre hipertensão arterial. Identificou-se que 50,7% dos entrevistados compreendem que a HAS é a condição clínica caracterizada por níveis pressóricos elevados. Os usuários que emitiram respostas discordo ou discordo totalmente representaram 7,7% da população do estudo. No tocante à existência de relação direta entre a elevação da pressão e hábitos de vida como tabagismo, consumo de álcool, dieta hipersódica e/ou hiperlipídica, estresse e sedentarismo, metade dos participantes referiram concordar totalmente.

Tabela 2 - Classificação de hipertensão arterial, conhecimento, práticas e atitudes dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA. Centro de Saúde Escola do Marco, Belém/Pará, Brasil (2017).

Categoria	Percentual										
	CT		C		IN		D		DT		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão Arterial é condição clínica caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (PA).	40	27,8	73	50,7	20	13,9	09	6,3	02	1,4	<0.0001*
O aumento da PA está relacionado ao fumo, consumo de álcool, sal de cozinha, alimentos gordurosos, estresse e sedentarismo.	72	50,0	59	41,0	06	4,2	06	4,2	01	0,7	<0.0001*
A predisposição para a Pressão Alta está relacionada à idade, sexo e etnia, genética e fatores ambientais.	31	21,5	58	40,3	21	14,6	31	21,5	03	2,1	<0.0001*
O Programa HIPERDIA considera Pressão Alta 14x9 (ou seja, 140 x 90 mmHg).	33	22,9	54	37,5	27	18,8	27	18,8	03	2,1	<0.0001*
Para controlar a Pressão alta há necessidade do uso de medicamento.	72	50,0	64	44,4	02	1,4	06	4,2	00	0,0	<0.0001*
Os órgãos como coração, cérebro, rins podem ser comprometidos pela pressão alta	52	36,1	67	46,5	16	11,1	07	4,9	02	1,4	<0.0001*

Conhecimento	CT		C		IN		D		DT		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
O Consumo controlado de carne vermelha e branca, verduras e frutas são cuidados de saúde para evitar Pressão Alta.	53	36,8	71	49,3	10	6,9	08	5,6	02	1,4	<0.0001*
As recomendações não-medicamentosas para prevenção da Pressão Alta, são alimentação saudável atividade física e evitar o tabagismo.	70	48,6	66	45,8	04	2,8	04	2,8	00	0,0	<0.0001*
As ações de prevenção da P.A são metas efetivas dos profissionais de saúde, usuários e sociedade.	46	31,9	64	44,4	25	17,4	08	5,6	01	0,7	<0.0001*
Para a verificação da Pressão arterial, a pessoa deve estar em repouso, não ter praticado exercícios físicos, ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos, e não fumar nos 30 minutos anteriores.	71	49,3	56	38,9	08	5,6	09	6,3	00	0,0	<0.0001*
A verificação da pressão arterial o usuário deve estar sentado, braço livre de roupas e palma da mão voltada para cima.	78	54,2	59	41,0	03	2,1	04	2,8	00	0,0	<0.0001*
A caminhada, dança, futebol musculação são práticas de exercícios físicos importantes para a prevenção da Hipertensão arterial.	78	54,2	59	41,00	03	2,1	04	2,8	00	0,0	<0.0001*
Os fatores como conflito na família, conflito no Trabalho, estresse podem elevar a pressão?	86	59,7	55	38,2	02	1,4	01	0,7	00	0,0	<0.0001*
O uso de medicação, ativ. física e alimentação saudável são condutas de estilo de vida para o autocuidado com a Pressão Alta.	80	55,6	61	38,2	01	0,7	01	0,7	00	0	<0.0001*

Atitudes	CT		C		IN		D		DT		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Precariedade das ruas e praças públicas, insegurança são dificuldades que podem interferir na prática das ativi. físicas para o autocuidado da Pressão Alta?	72	50,0	64	44,4	04	2,8	04	2,8	00	0,0	<0.0001*
O atendimento prestado pelo serv. de saúde interfere no acompanhamento e controle da Pres. Alta?	43	29,9	56	38,9	13	9,0	28	19,4	04	2,8	<0.0001*
O apoio familiar, amigos e profissionais do serv. de saúde contribuem no Controle da Pressão Alta?	80	55,6	53	36,8	06	4,2	05	3,5	00	0,0	<0.0001*
Participar de palestras, roda de conversas e reuniões com a equipe de saúde do serv. contribui.	75	52,1	62	43,1	06	4,2	01	0,7	00	0,0	<0.0001*
Os serv. de saúde informam claramente os lugares públicos (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada ou praticar esporte.	23	16,0	51	35,4	14	9,7	44	30,6	12	8,3	<0.0001*
Práticas	CT		C		IN		D		DT		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
As ativ.físicas como caminhada, hidroginástica, dança, futebol são práticas do estilo de vida para o controle da PA.	57	39,6	79	54,9	02	1,4	06	4,2	00	0,0	<0.0001*
A preparação dos alimentos evitando excesso de sal de cozinha e muitas massas, enlatados e gordurosos são práticas do seu estilo de vida para o controle da PA.	78	54,2	58	40,3	03	2,1	04	2,8	01	6,7	<0.0001*
Você tem o cuidado de praticar exercícios, não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar nos 30 minutos anteriores para a verificação.	66	45,8	64	44,4	04	2,8	09	6,3	01	0,7	<0.0001*
A periodicidade semanal quinzenal /mensal de verificação da pressão é prática de seu autocuidado.	65	45,1	55	38,2	05	3,5	18	12,5	01	0,7	<0.0001*

O uso de seus medicamentos são sempre seguidos de prescrição médica ou da equipe de saúde	96	66,7	45	31,3	02	1,4	01	0,7	00	0,0	<0.0001*
A prática do seu estilo de vida relacionado com a atividade física, alimentação saudável e uso do medicamento fazem parte do seu cuidado?	71	49,3	59	41,0	07	4,9	07	4,9	00	0,0	<0.0001*

CT (Concordo Totalmente); C (Concordo); IN (Indeciso); D (Discordo); DT (Discordo Totalmente)

Outrossim, para 40,3% dos entrevistados, a predisposição para a HAS relaciona-se com a idade, gênero, etnia, genética e fatores ambientais. Já 23,6% discordam ou discordam totalmente destes fatores. Especificamente sobre o programa HIPERDIA, referente ao parâmetro de normalidade para os níveis pressóricos, 37,5% concordam com 140x90mmHg e 20,8% dizem discordar ou discordar totalmente dessa afirmação. A maioria (94,4%) dos participantes concordam ou concordam totalmente que para controlar a hipertensão, é necessário um tratamento medicamentoso. Para 46,5% os órgãos como coração, cérebro, rins podem ser comprometidos pela condição clínica de elevação da pressão arterial.

No que concerne ao conhecimento sobre cuidados com a saúde, observou-se que 86,1% dos pacientes concordam que o consumo controlado de carne vermelha e branca, e o consumo de verduras e frutas, são essenciais para evitar a hipertensão arterial. Além disso, identificou-se que a maioria (99,3%) concorda ou concorda totalmente que a prática de atividades físicas como dança, futebol e musculação são relevantes para a prevenção da HAS e 98% consideram que a conciliação da alimentação saudável com atividade física são condutas de estilo de vida que constituem o autocuidado com a hipertensão.

Quanto à sessão de atitudes, evidenciou-se que 94,4% concordam ou concordam totalmente que a precariedade das ruas e praças públicas, e insegurança, são obstáculos para a prática de atividades físicas que configuram parte do autocuidado com o controle da pressão arterial. Quando questionados se o atendimento oferecido pelo serviço de saúde influencia na adesão ao tratamento, 68,8% dos participantes referem concordar ou concordar totalmente e 32% dos entrevistados discordam ou discordam totalmente dessa afirmação. Para quase a totalidade dos entrevistados (95,2%), a participação em roda de

conversas e reuniões com a equipe de saúde do serviço contribui para o autocuidado. Ademais, entre as perguntas desse bloco, a relativa aos informes de lugares públicos para as práticas de atividade física pelos serviços de saúde teve respostas de discordo ou discordo totalmente por 38,9% dos entrevistados.

À análise da sessão prática, 54% dos participantes concordam ou concordam totalmente que atividades físicas como caminhada, hidroginástica, dança, futebol e outras são práticas de estilo de vida fundamentais para o controle da hipertensão. Os hábitos alimentares tiveram destaque novamente, agora no que tange à necessidade de evitar o excesso de sal de cozinha nas preparações, consumo de massas, alimentos enlatados e gordurosos, sendo que 94,5% dos entrevistados referem concordar ou concordar totalmente com o cuidado nas preparações e consumo alimentar para controlar a HAS. 90% relatou praticar exercícios físicos, não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar nos 30 minutos anteriores à verificação da pressão arterial.

A tabela 3 apresenta a classificação dos participantes do estudo conforme o CAP. O conhecimento foi dividido em dois subitens: hipertensão arterial e cuidados com a saúde. Identificou-se que: o conhecimento sobre cuidados com a saúde apresentou tendência para adequado (52,1%, p-valor = 0.0001*); as atitudes apresentaram tendência para insuficiente (54,2%, p-valor <0.0001*); e, quanto às práticas, esta mostrou tendência para adequado com (63,2%, p-valor <0.0001*).

Tabela 3 - Avaliação do conhecimento, práticas e atitudes dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA. Centro de Saúde Escola do Marco, Belém/Pará, Brasil (2017).

	Adequado		Regular		Insuficiente		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Conhecimento (Hipertensão arterial)	41	28.5	32	22.2	71	49.3	0.0002*
Conhecimento (Cuidados com a saúde)	75	52.1	37	25.7	32	22.2	<0.0001*
Atitudes	39	27.1	27	18.8	78	54.2	<0.0001*
Práticas	91	63.2	15	10.4	38	26.4	<0.0001*

*Qui-quadrado de aderência

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim como evidenciado em outras literaturas, associa-se a predominância do sexo feminino entre os participantes do estudo a fatores de risco como obesidade, menor acesso às condições materiais e sociais, estresse e pressões relacionadas ao papel exercido pela mulher. Além disso, mulheres costumam buscar mais os serviços de saúde, se preocupar mais com suas condições de saúde e relatar mais problemas de saúde do que os homens (Lobo *et al.*, 2017). Este é um reflexo cultural reforçado pela criação de programas de atenção à saúde na rede básica, visto que enquanto o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) surgiu na década de 80, o Programa da Saúde do Homem foi implantado somente em 2009.

Os resultados concordam com 22 estudos, nos quais houve destaque para a faixa etária entre 60 e 69 anos, com prevalência de HAS superior a 50%. Na faixa etária acima de 70 anos, a prevalência foi de 75% (Magnabosco *et al.*, 2017). Sobre estes achados, no período de senescência que ocorre na velhice, como uma etapa da vida, são perceptíveis alterações fisiológicas, se tornando parte de um processo histórico, separando as idades conforme o tempo cronológico. O processo de envelhecimento é, na grande maioria das vezes, visto como uma mudança constante e dinâmica, acarretando transformações psicológicas, funcionais, morfológicas e bioquímicas, fase na qual aparecem principalmente as doenças crônicas, como a hipertensão arterial (Dardengo; Mafra, 2018).

Quanto ao estado civil, os resultados deste estudo se assemelham ao de Chagas e Almeida (2016), no qual a maioria dos participantes era casada ou vivia com cônjuge. Esta condição pode estar relacionada a um acúmulo de atividades domésticas, ou a certo estresse proporcionado pela constituição de família, configurando um dos fatores de risco. Ademais, o vínculo entre as pessoas com o estado civil com vínculo ou não matrimonial, estabelece da importância para o autocuidado, para a adesão ao tratamento medicamentoso ou não, para as mudanças de cuidar de si, sob o estado das condições crônicas e isto também tende a refletir no contexto familiar.

Nessa perspectiva, a família destaca-se como elo importante para o cuidado à pessoa em condições crônicas, visto poder ser visualizada como um sistema de saúde para seus membros familiares. A busca por

apoio e conforto é encontrada na união e no vínculo familiar, bem como o exercício da fé e da oração, demonstrando que são fatores mediadores que auxiliam no enfrentamento do cuidado (Azevedo; Modesto, 2016).

No que concerne à escolaridade, estudo transversal de base populacional, realizado em Campinas/SP, também identificou maior prevalência de HAS em adultos menos escolarizados, inclusive constituindo-se como um obstáculo para o controle eficaz da PA (Zangirolani *et al.*, 2018). Acredita-se que as doenças crônicas acometem, principalmente, pessoas socialmente mais vulneráveis devido à maior exposição aos fatores de risco, ao menor acesso aos serviços e, conseqüentemente, ao menor nível de informações relativas à saúde.

O conhecimento da condição patológica, verificado neste estudo, dialoga com outros encontrados por Teixeira (2016), ao verificar que 75,6% já se identificavam como hipertensos, enquanto 79,6% apresentavam história familiar de HAS, levando em consideração o acompanhamento e controle dos níveis pressóricos, onde a família passa também a ser foco de investigação, visto os antecedentes morbidofamiliares.

Nesse cenário, Jardim *et al.* (2017) e Oliveira *et al.* (2017) definem a HAS como uma síndrome multifatorial, frequentemente assintomática, com o retardo no diagnóstico e, muitas vezes, tem seu tratamento negligenciado, somando-se a baixa adesão ao tratamento. Entre os fatores de risco, são apontados o gênero, a idade, raça/cor, a história familiar e hábitos de vida, como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o alcoolismo, a alimentação insalubre e a obesidade. Nessa perspectiva, considerando o caráter assintomático e, por conseguinte, silencioso da hipertensão, a pessoa poderá ser surpreendida por complicações, sendo necessário aprender a conviver com a cronicidade no seu cotidiano.

Ante o exposto, o processo organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem como princípio a integração dos serviços de saúde das redes de atenção primária, secundária e terciária, que, a partir de uma ação cooperativa, tem como finalidade a oferta de atenção integral e contínua a determinada população. Para isso, a RAS, ordenada pela atenção primária, lança mão de ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (Peiter *et al.*, 2019).

Nesse contexto, ações promocionais são eficazes para a construção do saber, visto incluírem a comunicação com profissionais de saúde, cujo papel consiste em um processo educativo, mediante orientações individuais e/ou em grupo de acordo com o nível de entendimento dos usuários (Teixeira *et al.*, 2016). Entre estas orientações, destaca-se o procedimento correto para verificação da pressão arterial (Oliveira *et al.*, 2017), o que corrobora com os achados deste estudo, realizado em serviço que dispõe de uma equipe multiprofissional, assim como discentes de vários cursos da área da saúde, facilitando o processo de educação em saúde.

Nesse interim, é válido ressaltar que o interesse pela mudança de hábitos de vidas parte dos usuários, no intuito de conferir autonomia para o autocuidado (Pacheco; Antunes, 2015). Nesse sentido, o tratamento não farmacológico se configurando como uma mudança no estilo de vida, inclui controle de peso, cessação do tabagismo, prática frequente de atividade física e diminuição do consumo de sódio e álcool (Teixeira *et al.*, 2016). Esta última, por sua vez, se constitui em uma medida de prevenção, haja vista o consumo de sal e o desenvolvimento da HAS ser visto como um defeito genético das células tubulares renais, causando retenção de sódio e água, aumentando o débito cardíaco e, posteriormente a pressão arterial.

Em relação à importância das atividades físicas, estas são um método não farmacológico, que contribuem para a redução da necessidade do uso de medicamentos anti- hipertensivos e, até mesmo, para a liberação da não utilização de quaisquer tratamentos farmacológicos (Radovanovic *et al.*, 2016). Assim, o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física reflete na redução do número de pessoas diagnosticadas com DCNT, reduz o peso corporal, melhora o sistema cardiovascular, traz maior disposição para as atividades cotidianas, além de benefícios para a saúde pública, posto que serve de base para gerenciar políticas públicas (Pereira *et al.*, 2017).

Outrossim, além da compreensão da população no tocante à importância dos cuidados de seu estilo de vida, a oferta de serviços de saúde, que atendam as mais variadas condições socioeconômica e as desigualdades sociais, é decisiva para o processo de mudanças e, consequentemente,

para a adesão ao tratamento de DCNT, a exemplo da hipertensão arterial (Teixeira *et al.*, 2016). Desse modo, a promoção à saúde busca, em seu ideal, o envolvimento não só da equipe de saúde e seu cliente para o cuidar de si, como também de toda a gestão local no contexto da atenção básica.

Ademais, a preocupação social, econômica e familiar são fatores que elevam as cifras tensionais, exigindo atenção dos serviços de saúde nos momentos de planejamento de estratégias de saúde que vão ao encontro das necessidades da população (Moxotó; Malagris, 2015).

Nessa perspectiva, o programa de saúde HIPERDIA é um dos serviços ofertados pela atenção básica, formado por uma equipe multidisciplinar que, em seus atendimentos, deve considerar a situação socioeconômica do usuário, as relações interpessoais e o quanto esses fatores podem influenciar no processo saúde-doença de cada pessoa (Feitosa; Pimentel, 2016). Desse modo, é essencial a capacitação dos profissionais, bem como a educação permanente para a abordagem do tratamento anti-hipertensivo, seja ele medicamentoso ou não. Revela-se também a conscientização dos usuários quanto à importância do controle de seus níveis pressóricos através de mudanças que devem ser implementadas nos três eixos: equipe de saúde, serviço e paciente (Moroz *et al.*, 2016).

No estudo foi apontado pelos usuários que 68,8% concordam que o atendimento prestado pelos serviços de saúde interfere no acompanhamento e controle da pressão alta. Desse modo o diagnóstico, a conduta terapêutica assim como as ações de educação em saúde é fundamental para manter os usuários do programa HIPERDIA informados e atualizados constantemente (Lima *et al.*, 2019).

Quando a maioria dos participantes referem que o atendimento prestado pelos serviços de saúde interfere no acompanhamento e controle da pressão alta, vão de encontro a estudo que originou um protocolo de consulta e acompanhamento do hipertenso atendido na atenção primária. Faz-se referência à necessidade de elaboração de protocolos que norteiem, orientem e padronizem o atendimento e acompanhamento da pessoa com HAS, assim como das possibilidades de mudanças comportamentais para melhor controle de condições clínicas e multifatoriais. Esses protocolos são relevantes visto a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os

fatores de risco da doença, e para aderir às condutas de controle e tratamento que implicam na manutenção do autocuidado por meio da autonomia, tendo condições de adotar ou não hábitos e atitudes saudáveis para aplicabilidade em sua prática de vida. (Dantas; Roncalli, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se a atitude diretamente relacionada ao conhecimento, uma vez que a consciência da população depende da educação em saúde, e está associada ao autocuidado e a capacidade de as pessoas desenvolverem práticas para cuidar de si, assim como para o desenvolvimento de mudanças nos estilos de vida, para lidar com a cronicidade estabelecida pelo diagnóstico de HAS. Apesar disso, as atitudes ainda se mostram inadequadas, retomando-se a responsabilidade dos serviços de saúde que, através da equipe multiprofissional em saúde, deve desenvolver atividades de educação em saúde para que os usuários possam reconhecer a importância da mudança de hábitos de vida e, assim, desenvolver adequadamente o autocuidado em benefício próprio.

Houve alta frequência de desconhecimento dos valores pressóricos, evidenciando que o estilo de vida deve apresentar mudanças comportamentais para manter o controle da pressão arterial e o desenvolvimento do autocuidado através da promoção de saúde e prevenção de agravos. Quanto ao conhecimento dos usuários do HIPERDIA sobre o autocuidado para promoção da saúde, foi considerado bom no tocante a hábitos alimentares, atividades físicas, evitar ou diminuir o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, o estresse no trabalho e na residência.

A HAS se revela como um risco para o comprometimento das doenças cardiovasculares e isto implica dizer que não basta somente ter o conhecimento, mas que existe a necessidade de atitudes para as mudanças comportamentais necessárias, e assim o autocuidado possa ser realizado com autonomia, evitando o comprometimento a saúde.

Nesse sentido, ainda é importante que ações de motivação para o estilo de vida e saúde sejam tão persistentes quanto as atitudes para as mudanças comportamentais que favoreçam o autocuidado como ser autônomo na prática do bem-estar com a saúde. Portanto, o estímulo de

atividade física, participação nas sessões de educação em saúde, orientação do uso correto de medicações e banho de sol, são fatores benéficos ao hipertenso. Todas essas atividades são metas do programa de atendimento ao portador de hipertensão, desempenhado pela equipe multiprofissional da unidade de saúde, pois são ações viáveis para a sistemática das intervenções que possibilite transformações no equacionamento dos desafios perante a equipe interdisciplinar, usuários e a família.

REFERÊNCIAS

Azevedo, P. A. C.; Modesto, C. M. S. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 183-194, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>. Acesso em: 26 ago. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em: 26 ago. 2020.

Chagas, J. A. S. C.; Almeida, A. N. F. Caracterização epidemiológica de pacientes hipertensos usuários de uma unidade básica de saúde da região Norte. **Estação Científica (UNIFAP)**, 2016.

Dantas, R. C. O.; Roncalli, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 295-306, 2019.

Dardengo, C. F. R.; Mafra, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, v. 8, n. 2, p. 1-23, 2019.

Feitosa, I. O.; Pimentel, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Revista NUFEN**, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

Jardim, L. M. S. S. V. *et al.* Multiprofessional treatment of high blood pressure in very elderly patients. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 108, n. 1, p. 53-59, 2017.

Kaliyaperumal, I. E. C. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **Commun Ophthalmol**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

Lima, G. C. B. B. *et al.* Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, p. 150-158, 2019.

Lobo, L. A. C. *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, e00035316, 2017.

Magnabosco, P. *et al.* Prevalência e controle da hipertensão arterial: estudo comparativo entre população urbana e rural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e999, 2017.

Malta, D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, s. 1, 2017.

Mills, K. T. *et al.* Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441-450, 2016.

Moroz, M. B.; Kluthcovsky, A. C. G. C.; Schafranski, M. D. Controle da pressão arterial em idosos hipertensas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 111-117, 2016.

Moxotó, G. A; Malagris, L. E. N. Raiva, stress emocional e hipertensão: um estudo comparativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 221-227, 2015.

Oliveira, G. M. M. *et al.* 2017 guidelines for arterial hypertension management in primary health care in portuguese language countries. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 5, p. 389-396, 2017.

Pacheco, A. E.; Antunes, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na atenção primária em saúde. **Gestão & Sociedade**, v. 6, n.3, p. 2907-2918, 2015.

Peiter, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.

Pereira, D. S. *et al.* A atividade física na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Gestão & Sociedade, v. 1, p. 1-9, 2017.

Radovanovic, C. A. T. *et al.* Intervenção multiprofissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1067-1073, 2016.

Santos, P. P. C. *et al.* Relação entre a presença dos agentes comunitários de saúde e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Colloquium Vitae**, v. 11, n. 1, p. 70-75, 2019.

Silva, T. C. *et al.* Método de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 4, p. 155-158, 2017.

Teixeira, J. F. *et al.* Conhecimento e atitudes sobre alimentos ricos em sódio por pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 5, p. 404-410, 2016.

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 27 de ago. 2020.

Zangirolani, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018.

AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE ÚTERO: DESAFIOS E EXPECTATIVAS NA CONTEMPORANEIDADE

Joyce da Conceição Vasconcelos

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Leticia Cardoso Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

João Marcos Almeida da Karla

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Karoline da Silva Brito

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Micheli Mayara Souza Barros

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruna Carolina Pessoa de Oliveira

Enfermeira, graduada pelo Centro Universitário Vale do Salgado

João Paulo Xavier Silva

Doutor em Cuidados Clínicos, Enfermagem e Saúde, Docente na
Universidade do Estado do Pará

RESUMO

O câncer de colo de útero é um tumor que se desenvolve por meio de alterações intraepiteliais. O exame citopatológico ou prevenção é realizado de maneira gratuita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e consiste na coleta de material cervical para avaliar a presença de lesões precussora. A importância da prevenção e início do tratamento em fases iniciais se dá pela grande chance de recuperação e na diminuição da mortalidade entre mulheres. Destaca-se que o enfermeiro desenvolve um papel fundamental na prevenção do CCU, através de ações voltadas para a detecção precoce e educação em saúde. Evidenciar na literatura científica quais as ações do enfermeiro na atenção básica a saúde para a prevenção do câncer de colo de útero. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), realizada

entre os meses de janeiro a março de 2022, tendo como base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); LILASC; MEDLINE; BDNEF – Enfermagem; CUMED; Sec. Munc. Saúde, SP; CVSP – Brasil; Coleciona SUS; LIPESC; Sec. Est. Saúde, SP; BBO – Odontologia; ICECS; INDEX – Psicologia – Periódico, através dos descritores em ciência da saúde (DeCS): Câncer de Colo de Útero; Enfermagem, utilizando AND como operador booleano para busca avançada cruzada entre os descritores. Os critérios de inclusão utilizados foram: Texto completo; publicado nas línguas português e espanhol; ano de publicação de 2004 a 202; Tipo de documento artigos. Como critério de exclusão foram utilizados: Artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionem com o objetivo do estudo. A busca primária ocorreu na BVS, em busca avançada, cruzando os descritores “câncer de colo de útero” e “enfermagem”, inicialmente teve uma amostra de 926 estudos que adicionando os critérios de inclusão e exclusão, restaram uma amostra total de 11 artigos para compor esta revisão. Com os resultados obtidos, foi possível perceber que o enfermeiro é o principal mediador em estratégias para minimizar a incidência de câncer de colo de útero, tendo como principal aliado, a consulta de enfermagem, visando um atendimento holístico da mulher. Ademais, foi possível perceber que as principais ações de enfermagem são voltadas para a realização do exame citopatológico e através de estratégias de educação em saúde com a comunidade, visando levar informações e a conscientização sobre a realização do exame preventivo, além de estratégias que busquem aproximar a mulher da Unidade de Saúde, visando aproximar a mesma do cuidado necessário em que ela necessita. Ainda, foi possível avaliar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais, devido a não adesão ao rastreamento e as grandes demandas das Unidades, ocasionando sobrecarga de trabalho.

Descritores: Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil passou por momentos históricos que favoreceram o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à saúde. Entre tantos marcos importantes, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal, trouxe melhorias para o enfrentamento e prevenção de diversas doenças, assim como, a ampliação de

ações voltadas à recuperação, proteção, prevenção e promoção da saúde (Carvalho, 2013).

Ao falar em Promoção da Saúde, se torna indispensável trazer a relevância da Atenção Primária à Saúde (APS), que traz consigo a responsabilidade de operacionalizar ações voltadas para a coletividade. Com isso, surgiu a Estratégia saúde da família (ESF) que visa inserir, através de uma equipe multiprofissional, ações de prevenção e de promoção da saúde na sociedade (Prado; Santos, 2018).

Segundo Paiva *et al.* (2017), como parte de uma equipe multiprofissional, o enfermeiro atuante na ESF atende diferentes públicos, incluindo, mulheres. Pela mesma razão, há uma ampla quantidade de assuntos a serem abordados pelo profissional da enfermagem, principalmente, a prevenção do Câncer de Colo de Útero (CCU).

O CCU é um tumor que se desenvolve por meio de alterações intraepiteliais. Uma das principais causas é o Papilomavírus Humano (HPV), porém, nota-se que a maioria das infecções causadas por HPV são resolvidas rapidamente e as demais evoluem para a progressão de CCU em 10 a 20 anos após a infecção inicial. Desse modo, se faz necessário a realização do exame citopatológico (Tshuchiya *et al.*, 2017).

O exame citopatológico é realizado de maneira gratuita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e consiste na coleta de material cervical para avaliar a presença de lesões precursoras. Nesse sentido, a redução das taxas de mortalidade está sujeita a agilidade no rastreamento e início do tratamento, sendo necessário o rastreamento a cada um ano (Tomasi *et al.*, 2015).

Segundo Costa e Silva Júnior (2018), é evidente que a grande maioria dos casos de mortalidade por CCU se dá pela falta de rastreio, uma vez que o exame se torna desconfortável para o público feminino, causando constrangimento para as mulheres que o realizam, diminuindo a procura nas UBS e chances de uma detecção precoce. Assim, é notório a importância do exame para a prevenção e início do tratamento em fases iniciais, pois isso se dá pela grande chance de recuperação e de diminuição da mortalidade entre mulheres (Conceição *et al.*, 2017).

Ressalta-se ainda que o enfermeiro vem desenvolvendo um papel fundamental na prevenção do CCU, uma vez que ele tem um contato

direto com o público feminino e que encontram ações de Enfermagem voltadas para a detecção precoce, educação em saúde por meio de prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o apoio humanizado que a mulher necessita durante o momento da consulta de Enfermagem (Andrade *et al.*, 2019).

Apesar disso, ainda existem entraves operacionais e institucionais que podem interferir na adesão das mulheres ao rastreamento e nas ações de prevenção. A desigualdade de acesso aos serviços de saúde, além da vulnerabilidade social e a escassez de informações deixam parte do público feminino distante do diagnóstico precoce e das ações voltadas à saúde da mulher. Portanto, se torna indispensável a busca ativa através da ESF dessas mulheres que estão em vulnerabilidade e longe dos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2018).

O artigo tem como objetivo evidenciar, a partir da literatura científica, quais as ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção de câncer de colo de útero e os desafios e expectativas na contemporaneidade.

METODOLOGIA

O estudo realizado é bibliográfico do tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Conforme o Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa (2014), foi aplicada a estratégia PICO, para a formulação da questão norteadora que é direcionado para a pesquisa não-clínica, sendo definido pelo acrônimo pelas letras da sigla: P – População; I – Interesse; Co

– Contexto. No que se refere a esse estudo, define-se como População – Mulheres; como Interesse – Ações do enfermeiro; Contexto – Atenção Básica. Assim, propõe-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações do enfermeiro na atenção básica à saúde para a prevenção do câncer de colo de útero?

Após a definição, a pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) LILACS, MEDLINE, BDENF – Enfermagem, CUMED, Sec. Munic. Saúde SP, CVSP – Brasil, Coleciona SUS, LIPESC; Sec. Est. Saúde SP; BBO – Odontologia; ICECS; IDENX Psicologia – Periodicos. Dispondo-se dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Câncer de Colo de Útero; Enfermagem.

Utilizando *AND* como operador booleano em busca avançada cruzada entre os descritores.

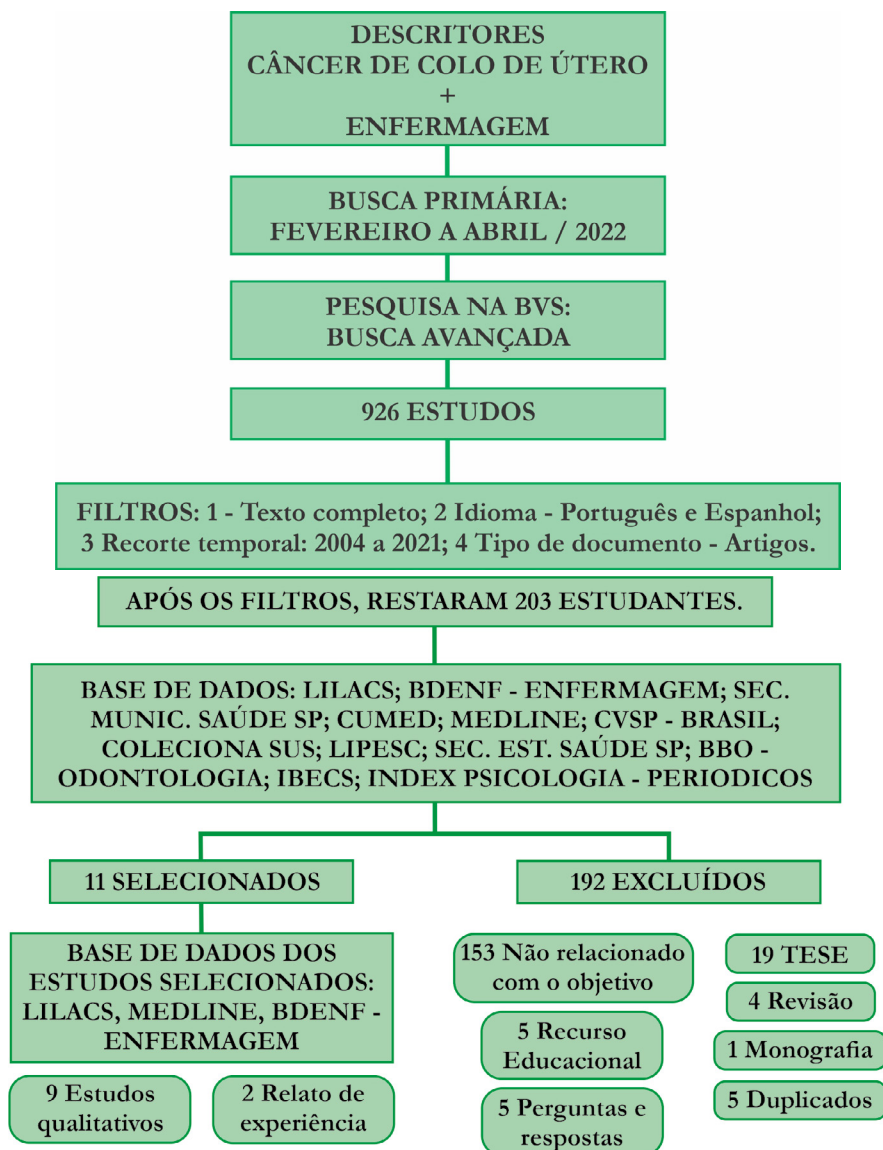
Ademais, para a construção do estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Texto completo; publicado nas línguas português e espanhol; Ano de publicação de 2004 a 2021; Tipo de documento do artigo. O marco temporal foi estabelecido com base na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004. Já os critérios de exclusão dos estudos foram: artigos de revisão, artigos duplicados e/ou artigos que não se relacionam com o objeto de estudo.

A busca por estudos ocorreu através da BVS na busca avançada, utilizando os descritores “câncer de colo de útero” e “enfermagem”, usando o operador booleano AND. Inicialmente foram encontrados 926 artigos, em seguida, foram aplicados os filtros de texto completo; idioma: português e espanhol; recorte temporal: ano de 2004 a 2021, obteve-se a amostra de 203 artigos. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão para avaliar os estudos encontrados, alcançou 11 relacionados com o objetivo, 192 não se relacionado com o tema. Tendo uma amostra final de 11 artigos para a análise.

O processo de busca por artigos aconteceu de acordo com o fluxograma que consta na Figura 1. A organização dos resultados da presente pesquisa ocorreu, inicialmente, com a sumarização dos resultados mediante a um quadro de síntese, a ser elaborado para apresentar os seguintes aspectos de maneira organizada: Título; Ano de publicação; Objetivo; Método; Local de estudo e Resultados.

Para a interpretação e análise do material, é necessária uma síntese descritiva dos estudos utilizados. Os estudos utilizados por meio do levantamento bibliográfico foram sujeitos a análise de conteúdo proposta nas três fases operacionais por : 1º fase é voltada para a organização do material coletado; 2º fase é a organização do material consideráveis e válidos; 3º fase é a avaliação e tratamento dos resultados para comprovar os METODOLOGIA e análise científica (Bardin, 2010).

Figura 1 – Fluxograma de cruzamento de dados e seleção dos estudos para a RIL. Icó, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaboração própria, 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Os resultados da RIL permitiram a elaboração de um quadro-síntese (Quadro 1) no qual consta a sumarização dos dados bibliométricos quanto a: Título; Ano de publicação; Objetivos; Metodologia; Local de estudo e Resultados.

Os estudos em sua grande maioria são voltados para as ações do enfermeiro na atenção básica à saúde para a prevenção do câncer de colo de útero, além. Além disso, os estudos mostram que o enfermeiro atuante na ESF é responsável pelas ações de controle do câncer de colo de útero (Dias *et al.*, 2021; Rocha; Cruz e Oliveira, 2019).

Em geral, o objetivo dos artigos é evidenciar quais as intervenções do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo de útero, além de ressaltar a importância do cuidado à saúde da mulher. A característica principal é que todos têm como linha de base a atenção básica, sendo a Estratégia Saúde da Família dos municípios, o cenário principal (Dias *et al.*, 2021; Rocha; Cruz e Oliveira, 2019).

Dos 11 artigos utilizados, todos eram brasileiros. A predominância dos estudos ocorreu nas unidades de ABS com enfermeiros atuantes na realização do exame preventivo e nas ações de controle. Havendo uma grande variação de localidade nas pesquisas, tendo como diversidade na localização dos estudos brasileiros e diversidade em estados.

Diante dos resultados analisados nos estudos, é possível identificar que as ações de enfermagem voltadas para a prevenção do câncer de colo de útero ocorrem através da realização do exame citopatológico, estratégias de educação em saúde com incentivos para que a mulher busque os serviços de saúde e realize o exame preventivo, além da possibilidade de ampliação dos horários de funcionamento, fazendo com que aumente a adesão ao rastreamento do câncer de colo de útero.

Além disso, se faz evidente as dificuldades encontradas pelo enfermeiro por falta de recursos e na grande maioria das vezes, de conhecimento para a realização do exame citopatológico causando insegurança e medo durante a coleta.

A utilização do instrumento de coleta de dados possibilitou a construção de duas categorias, sendo elas: “Protagonismo do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero” e “Principais ações desenvolvidas pela enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero”.

No estudo A01, os autores relatam que o principal meio de prevenção para o câncer de colo de útero é através de rastreamento por meio do exame citopatológico do colo do útero e através de ações de educação em saúde em Unidades de Atenção Básica (Dias *et al.*, 2021).

Quadro 1 – Variáveis bibliométricas dos estudos incluídos para análise.

Cód	Título	Ano	Objetivos	Metodologia	Local
A01	Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero em Unidades de Saúde	2021	Avaliar quais as ações do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino nas Unidades de Saúde da Atenção básica de um município de Espinosa, Minas Gerais.	O estudo tem uma abordagem qualitativa, desenvolvido com nove enfermeiros que atuam nas ESF do município, sendo critério de seleção os enfermeiros que possuem no mínimo seis meses de vínculo. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, 2019.	Enfermeiros da ESF do município de Espinosa, Minas Gerais.
A02	Exclusividade na coleta de material para exame de colpocitologia oncótica: percepção dos enfermeiros.	2020	Objetivou-se evidenciar a compreensão dos enfermeiros sobre a exclusividade da coleta de material para realização do exame preventivo.	Estudo qualitativo realizado com 18 enfermeiros, por meio de entrevista semiestruturada em duas etapas.	Unidades Municipais de Saúde (UMS) do município de Belém.
A03	Inseguranças nas ações de controle do câncer de colo uterino: atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.	2019	Avaliar quais as ações elaboradas para controle do câncer de colo de útero em uma ESF de um município da região sul do Mato Grosso.	Estudo qualitativo realizado em 12 estratégias de saúde da família com enfermeiros que atuam na coleta do material citopatológico, através de entrevista semiestruturada.	Município localizado na região Sul do Mato Grosso.

A04	Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes	2017	Evidenciar as ações de enfermagem que proporcionam mudanças bem estar das mulheres para a prevenção do câncer colo de útero, de acordo com a percepção das mulheres	Pesquisa qualitativa com 18 mulheres usuárias em duas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) localizada em um município da Zona da Mata Mineira, realizada através de entrevista semiestruturada.	Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de um município da Zona da Mata Mineira.
A05	Educação popular em saúde como estratégia à adesão na realização do exame colpocitológico	2016	Relatar a experiência de ações de educação em saúde para adesão das mulheres para realizar o exame citopatológico em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em Porto Alegre.	Relato de experiência vivenciado por profissionais em uma ESF de Porto Alegre para aumentar a adesão de mulheres na realização do exame de colo de útero em 2012 a 2013.	Porto Alegre.
A06	Controle do câncer de colo de útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo	2015	Analisar as ações para controle do câncer de colo de útero por enfermeiros das Estratégias Saúde da Família de Carpina-PE.	Estudo qualitativo com 11 enfermeiras atuante na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Carpina, por meio de entrevista semiestruturada e os dados processados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).	Estratégia Saúde da Família do município de Carpina, Pernambuco.
A07	Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer de colo de útero	2013	Evidenciar ações de enfermagem voltada para a saúde da mulher em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de Minas Gerais.	Relato de experiência vivenciado por estudantes do curso de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de Minas Gerais, em 2012	Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior de Minas Gerais

A08	Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo de útero na consulta de enfermagem	2013	Analisar as condutas do enfermeiro na consulta de enfermagem na atenção básica a saúde para a prevenção do câncer de colo de útero	Pesquisa qualitativa realizada com 7 enfermeiros em um Hospital Escola do Rio de Janeiro, em 2011.	Hospital Escola, na cidade do Rio de Janeiro.
A09	Atuação da Enfermagem na Prevenção do Câncer de colo de útero na mulher: questões culturais e de gênero	2012	Analisar a repercussão das questões de gênero na ações de prevenção do câncer de colo de útero nas mulheres e a associação com a enfermagem	Estudo de antropologia interpretativa realizado com 9 mulheres que realizaram o exame preventivo em uma Unidade Básica de Saúde no norte do Paraná, por meio de uma entrevista semiestruturada.	Unidade básica de saúde no norte do Paraná.
A10	O enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero: o cotidiano da atenção primária.	2012	Avaliar as estratégias de prevenção desenvolvidas pelo enfermeiro no cotidiano das Estratégias de Saúde da Família.	Estudo qualitativo em oito unidades de atenção primária a saúde (UAPS) com dez enfermeiras, através de uma entrevista semiestruturada com perguntas sobre a assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero.	Unidade de Atenção Primária Saúde (UAPS), de um município do Estado de Minas Gerais.
A11	Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino	2011	Avaliar a experiência da enfermeira na assistência de enfermagem para a prevenção do câncer de colo de útero	Pesquisa qualitativa com oito mulheres durante a consulta de enfermagem, tendo como método a Enfermagem fenomenológica proposta pela Teoria Humanística da Enfermagem	Município de Pedro Avelino, Rio Grande do Norte.

Ainda de acordo com Dias *et al.*, (2021), há uma predileção por profissionais do gênero feminino durante o atendimento, pois permite às usuárias uma maior segurança na realização técnica do procedimento

Segundo Silva *et al.* (2018), as estratégias adotadas pelo enfermeiro para que aumente o número de mulheres com conhecimento sobre a relevância da realização do exame preventivo devem ir além dos muros das ESF, sendo um importante fator a troca de informações durante a realização das visitas domiciliares, permitindo a ampliação das informações para as mulheres e a possibilidade de adesão ao rastreamento precoce.

Observou-se no estudo A02 que com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de nº 385/2011 que diz que a coleta de material citopatológico do colo de útero é uma atividade privativa do enfermeiro, houve uma sobrecarga por parte dos profissionais e uma dificuldade de relacionar com as suas atividades diárias, isso ocorre devido às grandes demandas realizadas nas Unidades de Saúde por parte dos enfermeiros. Além disso, há uma carência por parte dos profissionais de conhecimento técnico e científico para realizar o exame, dada a sua elevada complexidade (Oliveira *et al.*, 2020).

No estudo A03, observa-se a importância da consulta de enfermagem para um atendimento holístico da mulher, desde a realização da coleta do exame até as orientações sobre os meios de prevenção e processo de tratamento, em casos de alterações. Além disso, o enfermeiro atuante na AB deve realizar ações de controle através de educação em saúde para que aumente a adesão de mulheres para a realização do exame e que ocasionem uma conscientização sobre a relevância para as mulheres que apresentem dificuldade de adesão (Rocha; Cruz; Oliveira, 2019)

Na pesquisa A04, os autores mostram a necessidade de realizar intervenções de enfermagem que busquem aproximar a mulher dos serviços de saúde para realizar estratégias de prevenção do câncer de colo de útero. Essas intervenções de controle podem ser realizadas através de orientações em rodas de conversas com educação em saúde, cartazes ou telefonemas lembrando sobre a realização do exame, estabelecendo uma comunicação com elas, e através de visitas domiciliares a fim de alcançar as mulheres desassistidas avaliando a necessidade individual de cada uma (Oliveirai; Ferradesii, 2017).

Mediante ao estudo A09, as questões de gêneros estão diretamente relacionadas à não adesão das mulheres ao procedimento técnico, isso ocorre por tabus referentes a vergonha e medo do julgamento por parte dos enfermeiros. Além disso, questões culturais afetam de modo direto, a aceitação da realização do exame preventivo, pois muitas mulheres ainda sentem constrangimento na execução do exame ginecológico, devido à desvalorização da sua feminilidade (Cestari; Zago, 2012).

Para Sampaio *et al.*, (2010), experiências negativas estabelecem inseguranças nas mulheres para a permissão do exame, dessa forma, é notável que o momento da consulta de enfermagem é importante para o diálogo e amparo daquela mulher, sendo significativo que o profissional envolvido na coleta do exame citopatológico enfatize a sua postura ética e profissional na realização de qualquer procedimento, estabelecendo uma relação de confiança e segurança com a mulher.

De modo a complementar, no estudo A11, os autores mostram a importância do diálogo com a mulher, a fim de diminuir a timidez e os anseios. Além disso, a consulta de enfermagem deve ser voltada não só para a condição patológica, mas também, para os fatores de risco e empoderamento da mulher, trazendo uma atuação do enfermeiro mais humanizada e voltada para a equidade e integralidade que preconiza as políticas públicas (Dantas; Enders; Oliveira, 2011).

De modo geral, essa categoria traz o mérito da enfermagem no cuidado à saúde da mulher, em especial, nas medidas de controle do câncer de colo de útero, tendo em vista o problema de saúde pública que o câncer de colo de útero é, estratégias de prevenção adotadas por uma equipe de enfermagem que tenha um cuidado humanizado que possa olhar de maneira integral as necessidades do paciente, é de grande importância para um bom prognóstico.

No estudo A01, os pesquisadores relatam que as principais ações realizadas por enfermeiros das ESF são através da coleta do exame preventivo e através de educação em saúde que busque aumentar o conhecimento e a autonomia da mulher, sendo desenvolvidas estratégias de promoção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida e os fatores de riscos delas, respeitando as individualidades de cada uma. Além disso, as mobilizações para

aproximar as mulheres ocorrem por meio dos ACS que facilitam através do vínculo estabelecido com a comunidade (Dias *et al.*, 2021).

De acordo com Souza, Souto e Santos (2020), é essencial a conscientização dos Agentes, pois eles estabelecem o maior vínculo com os usuários, facilitando a possibilidade do enfermeiro aproximar a mulher do PCCU.

Na literatura A04, é relatado sobre as intervenções de enfermagem voltadas a PCCU, as estratégias podem ser realizadas através de folders educativos, avisos, informes e convites que estimulem a mulher a buscar a prevenção e ao retorno das consultas, promovendo saúde. Além disso, estratégias metodológicas coletivas como salas de espera enquanto as usuárias aguardam atendimento, palestras e grupos de mulheres, facilitam a adesão das mulheres ao rastreamento e fornece uma rede de apoio que serve como forma de encorajamento de uma para a outra (Oliveira; FernandesII, 2017).

O acesso à informação é uma ferramenta essencial para o aumento da adesão das mulheres no rastreamento precoce de CCU, pois desmistifica situações que possam ser empecilhos para a realização do exame. A comunicação entre enfermeiro e mulher, deve ocorrer de maneira clara e humanizada, se atentando às demandas relatadas por elas e indo além da realização do exame, fornecendo informações sobre a importância do uso de preservativos e os riscos de IST's (Silva *et al.*, 2021).

No estudo A05, os autores mostram que as ações de PCCU devem ser voltadas para aspectos culturais e sociais, onde a participação das equipes em eventos religiosos e locais sensibilizem e estimulem as mulheres na realização do exame citológico (Alves; Alves; Assis, 2016).

Ainda de acordo, a flexibilidade da agenda de exames e a mudança de horários na rotina dos preventivos, favorecem essa adesão, uma vez que muitas mulheres justificam a não realização do exame devido aos horários de funcionamento das unidades, além das rotinas de trabalho.

Segundo Silva *et al.* (2021), as estratégias de prevenção do câncer de colo de útero devem ocorrer de maneira abrangente, orientando a população, assegurando o diagnóstico precoce e fornecendo ações em saúde que busquem garantir a qualidade do cuidado, sendo focada na promoção da saúde e prevenção da evolução do câncer de colo de útero. Em con-

formidade, as estratégias reduzem os estigmas criados e a incidência de alterações citopatológicas.

Os pesquisadores do estudo A06 enfatizam que as estratégias de educação em saúde, principalmente palestras, fazem parte do cotidiano de ações para conscientização do exame preventivo. Essas palestras devem ocorrer semanalmente e durante as consultas de enfermagem, algo individualizado, que é retirado das principais dúvidas apresentadas pelos pacientes. Ainda, é importante que as unidades atuem por demanda livre e com mudanças de horários, pois facilita a flexibilidade de adesão para as mulheres que têm ocupações que as impossibilitam de realizar o exame nos horários de funcionamento. Além disso, estratégias de busca ativa devem ser realizadas junto aos ACS para a detecção precoce do câncer cervical (Correio *et al.*, 2015).

Ribeiro *et al.* (2019) reforçam a necessidade de a mulher realizar o exame periodicamente a fim de identificar lesões em fases iniciais, de maneira que possibilite o diagnóstico precoce e o tratamento antes da sua progressão. Além disso, ações para aumentar a quantidade de mulheres que realizam o exame devem ocorrer de maneira constante, a fim de obter o maior número possível do público feminino aderido ao rastreamento precoce.

O estudo A07 traz ações voltadas à busca ativa de mulheres que estão com o preventivo em atraso ou até mesmo, que nunca o realizaram. As ações ocorrem no local de trabalho das mulheres em empresas ou fábricas, levando informações a respeito do exame e a importância do rastreamento precoce, além da possibilidade de marcar uma consulta ginecológica na Unidade com horário alternativo se adequando a demanda das mesmas. Além disso, no momento da consulta é realizado o exame do PCCU, educação em saúde e agendamento do retorno, viabilizando o diagnóstico e o tratamento adequado (Diniz *et al.*, 2013).

A versatilidade nos horários de funcionamento das UBS para realizar o preventivo devido à falta de tempo no cotidiano das mulheres, se caracteriza como um processo de integralidade e equidade que protagoniza os princípios do SUS, diminuindo as dificuldades de acesso e ofertando os serviços de saúde de maneira integral (Carvalho *et al.*, 2018).

No estudo A08, os autores colocam que as ações de prevenção do câncer de colo de útero devem ocorrer de maneira primária e secundária, onde as ações primárias visam estabelecer o vínculo informativo com a mulher, ofertando educação em saúde durante a consulta de enfermagem, salas de espera ou em grupos. Em conformidade, a ação secundária é a realização do exame preventivo a partir do aceite da mulher. O processo de educação em saúde facilita a aceitação da mulher na adesão ao rastreamento, tendo em vista as dificuldades que existem para sua realização (Silva; Gitsos; Santos, 2013).

De modo a complementar, no estudo A10 diz que o vínculo com a comunidade é importante para ampliar as estratégias de prevenção, assim, os ACS são os maiores facilitadores para essa ação. Nesse sentido, estratégias de aproximação das mulheres para a Unidade podem ser favoráveis pois possibilita METODOLOGIA como sala de espera abordando a temática do PCCU, grupos sobre direitos reprodutivos e a ampliação de horários de funcionamento de acordo com a necessidade que for apresentada. Além disso, as estratégias de prevenção devem ser associadas aos fatores sociais e culturais de cada comunidade (Melo *et al.*, 2012).

O trabalho realizado entre enfermeiros e ACS's na busca de mulheres desassistidas facilita o processo de realização do preventivo e a busca por mulheres que necessitam realizar o exame com mais urgência. Além disso, uma dificuldade apresentada no contexto da busca ativa de mulheres é devido a áreas descobertas por ACS, deixando as mulheres vulneráveis a possibilidade de um rastreamento precoce (Fernandes *et al.*, 2019)

Além disso, é perceptível a importância do enfermeiro atuante frente a prevenção do câncer de colo de útero na adoção de condutas educativas associadas à realização do exame preventivo, uma vez que isso deve ser realizado durante a consulta de enfermagem de maneira individualizada, para que possa avaliar estratégias de prevenção que se adeque às necessidades da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Revisão de Literatura realizada comprovou a relevância do enfermeiro na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à

Saúde. Os enfermeiros desempenham papel fundamental no cuidado preventivo, promovendo a conscientização da comunidade sobre a importância do rastreamento precoce, prevenindo o adoecimento e favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce. No entanto, os profissionais enfrentam desafios como a falta de adesão das mulheres, sobrecarga de trabalho e também necessidade de aprimoramento técnico-científico. As estratégias devem ser individualizadas, levando em consideração os fatores de risco e barreiras específicas de cada paciente, fortalecendo assim o vínculo com a comunidade. Este tema de câncer de colo de útero, apesar de muito discutido, ainda carece de estratégias ainda mais eficazes de prevenção, em especial no que se refere à vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV). Estudos complementares são necessários para investigar estas estratégias de prevenção adotadas pelos enfermeiros, visando, assim, reduzir a incidência desse problema de saúde pública e melhorar o cuidado e o rastreamento precoce desta doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. R.; ALVES, A. O.; ASSIS, M. C. S. Educação popular em saúde como estratégia à adesão na realização do exame colpocitológico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 570- 574, 2016.

ANDRADE, E. A. *et al.* Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 2, n. 1, p. 162-170, 2019. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições: 70, 2011.

CARVALHO, P. G. *et al.* Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 687-701, 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 27, p. 7-26, 2013.

CESTARI, M. E. W.; ZAGO, M. M. F. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 11, p. 176-182, 2012.

CONCEIÇÃO, J. P. S. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, São Paulo, p. 60-65, 2017

CORREIO, K. D. L. *et al.* Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. **Rev. Pesq. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 2425-2439, 2015.

COSTA, L. T.; JÚNIOR, N. P. S. Perfil epidemiológico da mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil entre 2000 e 2015. **Revista Olhar Científico**, v. 04, p. 614-634, 2018.

DANTAS, C. N.; ENDERS, B. C.; OLIVEIRA, P. T. C. S. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 646- 646, 2011.

DIAS, E. G. *et al.* Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021.

DINIZ, A. S. *et al.* Assistência à saúde da mulher na atenção primária: prevenção do câncer do colo do útero. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, 2013.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**. Vitória da Conquista (BA), v. 35, p. e00234618, 2019.

MELO, M. C. S. C. *et al.* O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

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

PAIVA, A. R. O. *et al.* O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Uningá**. Piauí, v. 52, n. 1, p. 162-165, 2017.

PANDRANOV, C. C.; FREITAS, C. E. **Metodologia do trabalho científico: METODOLOGIA e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ed-, Rio Grande do Sul, 2013.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da Saúde na Atenção Primária a Saúde: sistematização dos desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 379-395, 2018.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, Rio de Janeiro, 2019.

ROCHA, C. B. A.; CRUZ, J. W.; OLIVEIRA, J. C. S. Insegurança nas ações de controle do câncer de colo uterino: atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 1072-1080, 2019.

SAMPAIO, L. R. L. *et al.* Influência do gênero do profissional na periodicidade do exame papanicolau. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 181-187, 2010.

SILVA, A. B. *et al.* Adesão das Mulheres ao exame citopatológico para a prevenção do câncer cervicouterino. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 68-81, 2018.

SILVA, T. R. S. *et lá.* A importância do rastreamento do câncer do colo do útero e fatores relacionados à não adesão. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 10, n. 4, pág. e51710414079, 2021.

SILVA, M. M.; GITSOS, J.; SANTOS, N. L. P. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, p. 631-636, 2013.

SOUZA, T. M; SILVA, D. M; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev.einatein**. São Paulo, v.8, n. 1, 2010.

SOUZA, S. A. N.; SOUTO, G. R.; SANTOS, W. L. Assistência da enfermagem relacionada ao câncer uterino. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, v. 3, n. 6, p. 04-11, 2020.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do Câncer de colo de útero na Atenção Básica a saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMQA. **Revista Brasileira de Saúde de Materno Infantil**. Recife, v. 15, p. 171 – 180, 2015.

TSUCHIYA, C. T. *et al.* O câncer de colo de útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas a saúde da mulher. **JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia na Saúde**. São Paulo, v. 9, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Exclusividade na coleta de material para exame de colpocitologia oncológica: percepção dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 15, 2020.

OLIVEIRAI, J. L. T.; FERNANDESII, B. M. Intervenções de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino: perspectivas das clientes. **Revista enfermagem UERJ**, 2017.

EIXO 3
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM NA
AMAZÔNIA

CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA A PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Rafaela Leite Dias

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

João Victor Lobo Oliveira Pereira

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Aldus Artur Brito dos Santos

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

João Ricardo de Melo Medeiros

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Abigail Moutinho Magalhães

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Samantha Pereira Caldas

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Objetivo: relatar experiência de construção de tecnologia assistencial para a primeira consulta de enfermagem pré-natal. Relato de experiência: o estudo foi desenvolvido seguindo o Arco de Maguerez. Dessa forma, os pesquisadores realizaram visita à unidade materno-infantil de um Centro de Saúde Escola, observando a realidade de gestantes a partir da aplicação da primeira etapa do processo de enfermagem. Verificou-se, portanto, a necessidade de padronizar a primeira consulta de enfermagem à gestante, de modo a incluir abordagens da teoria ambientalista. Após levantamento bibliográfico, foi produzido um Procedimento Operacional Padrão, contendo, em seus apêndices, instrumento de coleta de dados para a primeira consulta de enfermagem pré-natal. Este, por sua vez, foi apresentado para a equipe assistencial da unidade, com vistas a ser avaliado e implementado. Considerações finais: O desconhecimento a respeito do ambiente no qual a gestante está inserida representa um problema, pois o ambiente influencia diretamente na saúde. Evidenciou-se que

o uso do procedimento operacional padrão facilita o atendimento e permite uma melhor compreensão da realidade da gestante, possibilitando uma maior eficiência no atendimento.

Descritores: Saúde da Mulher; Meio Ambiente; Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A Teoria Ambientalista foi desenvolvida, em 1854, pela enfermeira Florence Nightingale, que destacava o meio ambiente e as condições que poderiam vir a influenciar a condição do processo de saúde. Nightingale busca despertar a atenção ao ambiente físico, uma vez que este irá atuar diretamente na recuperação ou não de um indivíduo, de forma que atue prevenindo, reprimindo e contribuindo para doenças, acidentes, e posteriormente, a morte (Alves *et al.*, 2021; Couto *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, desde o início da gestação, a mulher passa por alterações fisiológicas, emocionais e físicas, tornando o ambiente externo um influenciador significativo deste processo. Dessa forma, a construção de um ambiente favorável que possa manter o equilíbrio físico, psicológico e social é de extrema importância, levando em consideração a relação entre paciente e o meio que o cerca, que podem atenuar ou agravar o seu estado tanto físico quanto psíquico. Fatores como iluminação, ruídos, alimentação e higiene pessoal são aspectos previstos na teoria como determinantes cruciais para o bem-estar do indivíduo, de maneira que o profissional da enfermagem reforce um cuidado holístico e de segurança para a diminuição do impacto desses fatores adversos (Melo *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a articulação da Teoria Ambiental com a saúde gestacional requer uma análise cuidadosa dos aspectos fisiológicos e físicos, considerando tanto sua contribuição na manutenção do bem-estar durante a gestação quanto possíveis obstáculos que podem desencadear doenças. A equipe de enfermagem necessita de uma abordagem holística ao cuidado, reconhecendo a singularidade de cada paciente de acordo com a sua realidade e observar quais recomendações devem ser feitas para promover um equilíbrio interno e externo do paciente, no intuito de tentar oferecer um ambiente saudável durante a gestação (Fonseca *et al.*, 2021).

Isto porque o acompanhamento pré-natal possibilita o contato do profissional de saúde com a gestante, com o propósito de assegurar um desenvolvimento gestacional saudável, assim como o nascimento do bebê, por meio de ações preventivas e educativas visando reduzir os índices de complicações obstétricas. No entanto, estudos indicam que há falhas na maneira como a observação e orientação do pré-natal é efetuado. Estas lacunas resultam na falta de informações abrangentes para a gestante, comprometendo a eficácia das ações preventivas (Marques *et al.*, 2021).

Nesse íterim, uma estratégia para reverter esse cenário seria o aperfeiçoamento do acompanhamento pré-natal. Desse modo, a criação de uma tecnologia específica para a consulta de gestantes surge como um potencial instrumento para a implementação da Teoria Ambientalista ao pré-natal. Destaca-se, ainda, o Procedimento Operacional Padrão (POP), um documento fundamental para a execução de atividade que visa a qualidade, eficiência e qualidade, que obedecem às normas e legislações das áreas pertinentes (Arais *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a aplicação do POP em procedimentos de pré-natal, nas unidades de saúde, é necessária, buscando a redução de eventos adversos na área obstétrica. A execução do POP específico para a consulta de gestantes representa uma estratégia para padronizar e aprimorar a qualidade do acompanhamento pré-natal, do qual a tecnologia oferece uma estrutura consistente para os profissionais de saúde, garantindo uma prática alinhada ao cuidado necessário como a promoção personalizada e eficaz na consulta da gestante (Franco *et al.*, 2020).

Percebe-se, então, a importância da integração dos princípios da Teoria Ambiental desenvolvida por Florence Nightingale com a tecnologia construída, visando aperfeiçoar o atendimento pré-natal durante a gestação, oferecendo uma abordagem holística. Essa abordagem leva em consideração a individualidade da gestante e o perfil do local, apresentando uma resposta alinhada às necessidades das gestantes, incorporando a Teoria Ambiental, que prevê a influência do ambiente no bem-estar do indivíduo.

Ante o exposto, este estudo se propôs a relatar a experiência acerca da construção de tecnologia assistencial para a primeira consulta de enfermagem pré-natal.

METODOLOGIA

Relato de experiência

A experiência teve como base metodológica o Arco de Maguerez, ou seja, foi conduzido seguindo cinco etapas. Segundo Berbel (2011), as etapas são: (1) Observação da realidade, quando o pesquisador observa a realidade do local visitado de modo crítico; (2) Elaboração de pontos-chave, ao elencar características do local, observadas durante a visita; (3) Teorização, ao buscar na literatura fundamentação teórica para a temática a ser trabalhada; (4) Elaboração de um plano de ação para devolutiva com base em hipóteses de solução para problemas identificados durante a etapa 2; (5) Retorno à realidade, momento no qual haverá a implementação de ações discutidas e elaboradas pelos pesquisadores.

Dessa forma, a observação da realidade ocorreu no dia 18 de outubro de 2023, em visita inicial a um Centro de Saúde Escola, localizado no bairro do Marco, município de Belém, Pará. Durante a visita, foram observadas gestantes que aguardavam atendimento, a carência de informações sobre o impacto e a influência do ambiente durante a gestação, assim como a ausência de instrumentos assistenciais. Além disso, percebeu-se também a incipiência de orientações quanto aos riscos do ambiente para a gestante.

Em um diálogo sobre os pontos-chaves levantados durante a visita, destacou-se o desconhecimento da importância do ambiente no processo saúde-doença e a fragilidade da consulta de enfermagem à gestante. Logo, foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados indexadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como estratégias de busca, foram utilizados os descritores “Gravidez”, “Teoria ambientalista” e “Consulta”, conectados pelo operador booleano “AND”.

Nessa perspectiva, foi observado um número ínfimo de estudos que abordem a assistência de enfermagem ao período gestacional, à luz da teoria ambientalista. Desse modo, os pesquisadores elaboraram um plano de ação para a construção de um POP, a fim de padronizar a primeira consulta de enfermagem à gestante e, a ser apresentado à gerência e enfermeiros do serviço visitado.

Desse modo, foi elaborada uma tecnologia com conteúdo assistencial, objetivo, de fácil compreensão, intitulada “Procedimento Operacional Padrão – Primeira Consulta de Enfermagem à Gestante”, com dez páginas em preto e branco, composta pelas seções objetivo, campo de aplicação, responsabilidade, siglas, materiais e equipamentos, metodologia ou procedimento, histórico de revisões, referências e apêndices (Figura 1).

Figura 1 – Procedimento Operacional Padrão – Primeira Consulta de Enfermagem à Gestante. Belém, Pará, Brasil, 2023

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO			
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
	PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM À GESTANTE			
	Emissão: 15/11/2023	Versão: 01	Próxima revisão: 2025	

1- Objetivo

- Padronizar as rotinas e os procedimentos de enfermagem;
- Uniformizar, agilizar e facilitar o atendimento à gestante;
- Facilitar o diálogo entre o profissional e a gestante;
- Agilizar o diagnóstico de possíveis doenças e complicações durante a gravidez.

2- Campo de aplicação

Unidades Básicas de saúde – UBS

Unidades de Pronto Atendimento – UPA

Hospitais públicos e privados

3- Responsabilidade

Enfermeiro(a) do serviço, enfermeiro(a) residente e enfermeiro (a) docente ou preceptor (a).

4- Siglas

POP – Procedimento Operacional padrão

UBS – Unidades Básicas de saúde

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

5- Materiais e Equipamentos

- Água e sabão ou álcool 70%;
- Balança para adultos;

Fonte: Imagem dos autores.

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM À GESTANTE		
Emissão: 15/11/2023	Versão: 01	Próxima revisão: 2025	

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Escada de dois degraus;
- Esfigmomanômetro;
- Espéculo;
- Estetoscópio;
- Fita métrica flexível e inelástica;
- Foco de luz;
- Gestograma ou disco obstétrico;
- Instrumento de coleta de dados;
- Mesa e cadeiras;
- Mesa de exame ginecológico;
- Sonar Doppler Fetal;
- Termômetro;

6- Metodologia/ Procedimento

6.1. Acolher a gestante, buscando estabelecer uma relação de confiança e respeito entre esta e a equipe multiprofissional do serviço de saúde, fazendo uso de uma linguagem acessível;

6.2 Realizar a higienização das mãos;

6.3 Iniciar a consulta de enfermagem a partir de instrumento de coleta de dados (Anexo 1);

6.4 Realizar investigação ou anamnese de enfermagem:

6.4.1 Identificação;

6.4.2 Dados socioeconômicos;

6.4.3 Motivos da consulta;

Fonte: Imagem dos autores.

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM À GESTANTE		
	Emissão: 15/11/2023	Versão: 01	Próxima revisão: 2025

6.4.4 Antecedentes familiares;

6.4.5 Antecedentes pessoais;

6.4.6 Antecedentes ginecológicos;

6.4.7 Sexualidade;

6.4.8 Antecedentes obstétricos;

6.4.9 Gestação atual (data da última menstruação, cálculo da idade gestacional e da data provável do parto, entre outros).

6.5 Realizar exame físico:

6.5.1 Exame físico geral (peso, estado nutricional, estatura, sinais vitais, entre outros);

6.5.2 Exame gineco-obstétrico (mamas, altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, genitália externa, exame especular, entre outros).

6.6 Definir diagnósticos e intervenções de enfermagem;

6.7 Realizar educação individual:

6.7.1 Cuidados nos primeiros meses de gestação;

6.7.2 Mudanças físicas durante o período gestacional;

6.7.3 Importância do acompanhamento pré-natal;

6.7.4 Dúvidas e inquietações da gestante.

6.8 Solicitação de exames laboratoriais de rotina e complementares (grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis, urina, hemoglobina, glicemia, teste anti-HIV, entre outros);

6.9 Referenciar para atendimento odontológico, se necessário;

6.10 Referenciar para vacinação;

Fonte: Imagem dos autores.

	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM À GESTANTE		
	Emissão: 15/11/2023	Versão: 01	

6.11 Referenciar para serviços especializados, se necessário;

6.12 Agendar consultas subsequentes.

7- Histórico De Revisões

Versão		Data	Descrição de alteração	Elaborado por:
1			Elaboração do documento	Abigail Moutinho Magalhães, Aldus Artur Brito dos Santos, João Ricardo de Melo Medeiros, João Victor Lobo Oliveira Pereira sob orientação da professora Brunas Dias

8- Referências

MARQUES, Bruna Leticia. Et al. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery;25(1):e20200098, 2021.

BRASIL. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

Fonte: Imagem dos autores.

É válido mencionar que, junto ao POP, foi acrescentado um instrumento de coleta de dados, para obtenção de informações necessárias sobre a usuária, como: dados socioeconômicos; situação da gestação atual, a exemplo de Idade Gestacional (IG), Dia da Última Menstruação (DUM), Data Provável de Parto (DPP); acompanhamento da evolução da gestação; e orientações à gestante, em especial sobre o ambiente (Figura 2).

Ante o exposto, o retorno à realidade ocorreu no dia 16 de novembro de 2023, no turno da tarde. Na ocasião, os pesquisadores apresen-

Figura 2 – Instrumento de coleta de dados para consulta de enfermagem.
Belém, Pará, Brasil, 2023.

Fonte: Imagem dos autores.

Durante a construção do estudo, foi perceptível a importância da aplicação da teoria ambientalista na assistência de enfermagem a gestantes, haja vista o ambiente permear o cotidiano da grávida, com impacto significativo na qualidade da gestação. Nesse sentido, ambientes estressores podem contribuir negativamente para a gestação, como no aumento de risco de aborto espontâneo, na ocorrência de trabalho de parto prematuro ou até em problemas a longo prazo (Lopes *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, a consulta de enfermagem, fundamentada pela teoria ambientalista, permite compreender os possíveis fatores ambientais que podem contribuir para fatores estressores, assim, permitindo intervenções sobre a saúde mental da gestante, principalmente ao considerar que a fase gestacional é marcada por mudanças fisiológicas e físicas, que repercutem em seu psicológico (Vescovi *et al.*, 2022). Também é importante compreender como se constrói esse ambiente estressor, para não se limitara apenas um viés que possa comprometer o julgamento de intervenção do profissional da saúde, ao considerar somente o fator externo como causa. O período gestacional é bastante estressante por si, logo, o incentivo a ter uma rede de apoio que a ajude com a situação permite que a gestante se sinta mais segura, ajudando na qualidade de desenvolvimento da gestação (Maffei *et al.*, 2019).

Nesse contexto, para compreender toda a dimensão da complexidade que cerca a vida da gestante, é necessário que haja um instrumento que guie o enfermeiro durante a consulta, permitindo a contemplação de todas suas dinâmicas como indivíduo em completude. Portanto, sua construção deve se nortear no princípio de que o enfermeiro possui a incumbência de exercer um cuidado diferenciado aos indivíduos, no caso a gestante, de forma que sua singularidade seja respeitada e considerada para execução de uma assistência de qualidade (Gomes *et al.*, 2019)

Em um contexto pré-natal, a instrumentação precisa ter seu enfoque no entendimento do contexto centrado na mulher e toda a dinâmica que ela vive, assim ao inserir a noção da teoria ambientalista se permite pensar no ambiente como forma de impacto nessa gravidez. Portanto, ao construir um instrumento para a consulta de enfermagem com essas noções, permite desenvolver um pré-natal de qualidade em sua totalidade (Amorim *et al.*, 2022). Desse modo, a construção do POP durante a pesquisa buscou padronizar, sistematizar e agilizar a execução de processos do profissional de enfermagem durante a primeira consulta à gestante, sua importância é refletida principalmente na Atenção Primária, por ser uma ferramenta que promove a qualidade assistencial e dos serviços de saúde ofertados à população (Pereira *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou a construção de uma tecnologia assistencial para a primeira consulta de enfermagem pré-natal, proporcionando um relato de experiência detalhado. Foi possível observar a importância do papel da enfermagem no atendimento pré-natal e a necessidade de ferramentas adequadas para apoiar essa prática. A tecnologia assistencial desenvolvida mostra-se eficaz na facilitação do atendimento pré-natal, permitindo uma abordagem mais completa e personalizada para cada paciente. Além disso, a implementação desta tecnologia pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento pré-natal, promovendo uma melhor saúde materna e neonatal. No entanto, é importante ressaltar que a tecnologia assistencial é apenas uma ferramenta de apoio e não substitui a competência e a habilidade do profissional de enfermagem. A empatia, o cuidado e a atenção individualizada continuam sendo elementos fundamentais no atendimento pré-natal. Para futuras pesquisas, sugere-se a realização de estudos para avaliar a eficácia desta tecnologia em diferentes contextos e populações, bem como explorar outras possíveis aplicações da tecnologia assistencial na prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES AS, *et al.* A Teoria Ambientalista no ensino e na prática profissional em enfermagem: umarevisão integrativa. **Revista Práxis**, v. 25, n. 13, 2021.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal naatenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 26, 2022.

ARRAIS, A. G. C. *et al.* Protocolos na Enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobretecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 8, n. 13, 2021.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

COUTO, J.F. *et al.* Trazendo Nightingale para o século XXI: Retrospectiva do cuidado de Enfermagemna Perspectiva da Teoria Ambientalista. **Research, Society and Development**, v. 5, n. 9, 2020.

FONSECA, A. C. M. *et al.* Alterações fisiológicas mais prevalentes na gravidez. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 15, n. 2, p. e24642, 2021.

FRANC, P. C. *et al.* Construção de tecnologia leve como produto da disciplina segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 50, n. 50, 2020.

GOMES, C. B. A. *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestante e enfermeiras. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019.

LOPES, B. C. S. *et al.* Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma corte de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, 2023.

MAFFEI, B. *et al.* Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 1, 2019.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 1, n. 25, 2021.

MELO, P. S. A. *et al.* Validação do inquérito conhecimento, atitude e prática sobre a assistência de enfermagem ao parto e nascimento com base nos conceitos da Teoria Ambientalista. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 1, n. 20, 2021.

PEREIRA, L. R. *et al.* Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 47-51, 2017.

VESCOVI, G. *et al.* Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. **Cadernos Saúde coletiva**, v. 30, n. 4, 2022.

EMPREENDEDORISMO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE TRABALHADORES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Regina Ribeiro Cunha

Doutora em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruno Eduardo Godinho Teixeira

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Mauricio das Neves Pereira

Acadêmico de Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA)

Dândara Lanara Sousa Cordeiro

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA)

Arley de Souza

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Introdução: o ambiente laboral é favorável ao desenvolvimento de estratégias de empreendedorismo social. Objetivo: relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção à saúde de trabalhadores técnicos administrativos. Método: relato de experiência realizado em uma universidade pública, localizada na cidade de Belém-PA, Brasil, no período de dezembro de 2021 a agosto de 2022, com atendimento voluntário aos trabalhadores técnico-administrativos. Resultados: constituíram as ações de extensão a orientação de enfermagem sobre a ergonomia no ambiente de trabalho, a verificação de peso, altura, cálculo do IMC, verificação da pressão arterial e avaliação do grau de risco para complicação no pé de pessoas com diabetes. Considerações finais: as ações articuladas em saúde e enfermagem constituem estratégias empreendedoras que facilitam o acesso às informações referentes à promoção da saúde do trabalhador.

Descritores: Enfermagem; Empreendedorismo; Promoção da Saúde; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O termo empreendedorismo deriva da palavra francesa *entrepreneur* cujo significado está relacionado àquele que assume riscos, desafios, visa inovar, transformando ideias em oportunidades. Estima-se que o empreendedorismo tenha surgido a partir do século XV, provavelmente no ano de 1437. Na Idade Média, o termo era relacionado aos projetos ousados, como a construção de castelos e fortes na época (Backes *et al.*, 2022; Copelli, *et al.*, 2019; Franco, *et al.*, 2016; Diniz, 2019; Moura, 2019).

O empreendedorismo social tem como principal objetivo a proposição de soluções para diversos problemas de saúde, sociais, econômicos, entre outros. Configura-se por ações desenvolvidas a partir de uma ideia que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos por meio da utilização de metodologias que assegurem a dignidade, a individualidade e características de cada um, sem a necessidade de investimento financeiro, de uma determinada população. (Diniz, 2019; Itelvino, 2018)

Entre as características do empreendedorismo social destacam-se: trabalhar para uma coletividade com foco na melhoria da qualidade de vida; promover ações que resultem na produção de bens e serviços que possam agregar ao sustento da comunidade; isto é, desenvolver soluções que impactem na melhoria do cotidiano (Moura, 2019).

Nesse sentido, desenvolver empreendedorismo social justifica-se por se tratar de uma área técnica da saúde pública que intervirá na relação entre o sistema produtivo e a saúde, de forma integrada com outras ciências para promoção da saúde no meio laboral (Itelvino, 2018).

Dessa forma, cabe ressaltar que as condições do ambiente de trabalho, os vários fatores que influenciam a saúde e os comportamentos individuais podem estar interligados ao contexto profissional. Assim, a exposição a situações que representem riscos para a saúde do trabalhador, sem a devida preparação e qualificação, pode resultar em danos à saúde (Hulsegge *et al.*, 2021).

No contexto do ambiente de trabalho existe um importante espaço para a aplicação e emancipação dos cuidados e orientações de enfermagem à saúde do trabalhador, uma vez que, o trabalho também pode ser fonte de problemas que afetam a saúde.

O trabalho quando exercido em condições perigosas, com exposição a produtos químicos, a ruídos, com jornadas longas e estafantes, em ritmo acelerado, em ambientes inadequados, submetido à pressão por produtividade, entre outras condições adversas, pode tornar-se a origem de acidentes e doenças ocupacionais. Ademais, aos profissionais de saúde cabe atuarem como agentes da promoção e proteção da saúde dos cidadãos, identificando riscos, detectando precocemente problemas reais e potenciais de saúde desses cidadãos, incluindo aqueles que trabalham fora do âmbito hospitalar (Silveira, 2009).

Em relação à promoção à saúde, o conhecimento e aplicação de técnicas ergonômicas, para um melhor desempenho, produtividade e cuidado com a saúde integral do trabalhador, são fundamentais para a saúde do trabalhador. Vale ressaltar que a deficiente ergonomia, pode resultar em danos ao corpo, como exemplo cita-se a postura sentada, reclinada ou deitada por muito tempo, adotada em horas de trabalho na mesma posição, podendo resultar em um baixo gasto energético, implicando em um comportamento sedentário (Tremblay *et al.*, 2017). Diante do exposto, problemas nas articulações, dores nas costas e problemas de coluna são queixas recorrentes entre os trabalhadores que não aplicam as técnicas de ergonomia no seu dia a dia de trabalho.

A prática de atividade física irregular constitui um problema de saúde pública, podendo estar associada a um dos principais fatores de risco para a mortalidade em todo o mundo. No Brasil, cerca de 40% da população em geral é considerada sedentária. No mundo, aproximadamente 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano, devido a doenças relacionadas à inatividade física, tais como obesidade, doenças cardíacas, diabetes *mellitus* tipo II, depressão e alguns tipos de câncer (OMS, 2018, De Moura, Alves, Gonçalves, *et al.*, 2022).

Este estudo é relevante para a área de saúde e principalmente para a enfermagem, haja vista que as ações de promoção da saúde ao indivíduo, família e comunidade, efetivadas por meio de projetos de extensão, visam contribuir para a adoção de hábitos saudáveis. (Alves *et al.*, 2023)

Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção à saúde de trabalhadores técnicos administrativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante a execução do projeto de extensão denominado “Empreender: promoção da saúde do trabalhador”. Foi desenvolvido na Universidade do Estado do Pará (UEPA), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”(EEMB), localizada na cidade de Belém-PA, Brasil. As atividades do projeto ocorreram no período compreendido entre agosto de 2021 a agosto de 2022.

As atividades foram compostas por reuniões diárias de orientação com a professora idealizadora e coordenadora do projeto, consulta bibliográfica, planejamento da capacitação dos bolsistas extensionistas, no âmbito do contexto da promoção da saúde do trabalhador, elaboração de material didático, formulários de atendimento, preparação de estratégias de integração do público-alvo.

Todas as atividades extensionistas foram iniciadas somente após o consentimento da Coordenação do Curso. As ações de enfermagem foram disponibilizadas aos trabalhadores técnicos administrativos durante o período de projeto, sendo a participação voluntária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações foram disponibilizadas a todos os trabalhadores técnicos administrativos que desenvolviam suas atividades laborais na Escola de Enfermagem “Magalhães Barata”, no período de execução do projeto. Foram atendidos, voluntariamente, 33 trabalhadores técnicos administrativos.

As ações desenvolvidas no projeto permearam quatro etapas: a) planejamento de estratégias empreendedoras, b) capacitação de bolsistas, c) elaboração de material educativo e d) desenvolvimento das ações de extensão. A equipe do projeto foi composta por dois bolsistas de extensão, a professora coordenadora, uma bolsista de iniciação científica e uma bolsista de monitoria. A inserção de estudantes com diferentes atividades e projetos permitiu a vivência de um projeto integrado de ensino, pesquisa e extensão. Porém, vale ressaltar que o presente estudo se refere somente ao projeto e extensão, cabendo o relato sistematizado das atividades.

Planejamento de estratégias empreendedoras

O planejamento de estratégias empreendedoras consiste em uma etapa fundamental para a seleção de ações que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida no ambiente laboral. Tendo em vista a inquietação quanto ao bem-estar do trabalhador, na execução das atividades laborais, estratégias empreendedoras que levem o mínimo de informação e cuidado com a saúde desse, contribuem para uma melhora da efetividade de execução das atividades do trabalho (Tsuboi; Rosim, 2022; Backes *et al.*, 2018).

Capacitação de bolsistas

A capacitação dos bolsistas oportunizou o conhecimento prévio de procedimentos sobre as ações extensionistas que seriam realizadas com os trabalhadores, com foco na promoção à saúde. O método utilizado para a capacitação foi a simulação realística.

A simulação realística permite ao discente observar, agir, avaliar e refletir em um ambiente que simula a realidade, constituído por alguns elementos que poderão subsidiar a solucionar uma situação ou caso clínico (Eppich *et al.*, 2011). A troca de conhecimento entre docente responsável e discentes contribuiu para o processo de formação do ensino de graduação.

Os temas selecionados tiveram como foco a orientação em enfermagem a ergonomia no ambiente de trabalho, a verificação de peso, altura, cálculo do IMC, verificação da pressão arterial e avaliação do grau de risco para complicação no pé de pessoas com diabetes.

Elaboração de material educativo

A elaboração do material educativo demandou consulta bibliográfica que subsidiasse a composição das principais informações sobre a pressão arterial e diabetes. Foram elaborados *folders* no formato digital com linguagem sucinta e acessível para melhor compreensão do público-alvo.

Desenvolvimento das ações de extensão

A entrada no campo de extensão ocorreu após a obtenção da carta de anuência da Coordenação do Curso. Inicialmente, a equipe do projeto foi ao encontro de cada trabalhador em sua sala do local de trabalho, relatando sobre o projeto, esclarecendo sobre as ações que

seriam desenvolvidas, os dias da semana e seus respectivos horários de atendimento. O atendimento aos trabalhadores, ocorreram às terças e quintas-feiras, no horário das 09h às 11h, a equipe do projeto procedia sua identificação e apresentação para cada trabalhador em seu próprio ambiente de trabalho.

As atividades de extensão iniciaram-se com a orientação sobre a ergonomia no ambiente de trabalho. As posturas inadequadas durante o desenvolvimento de atividades laborais constituem um fator de risco ergonômico, conforme a Norma Regulamentadora n.º 17, que dispõe sobre a ergonomia. Cabe o esclarecimento de que o conjunto do mobiliário do ambiente de trabalho deve apresentar configurações adaptáveis conforme as características antropométricas que atendam os trabalhadores e suas atividades laborais. A NR 17 estabelece a implementação de pausas da atividade laboral para recuperação psicofisiológica e alternância de atividades com outras tarefas que permitam mudar a postura (Brasil, 1990).

Observou-se durante as ações muitos relatos acerca das orientações de enfermagem sobre a ergonomia no ambiente de trabalho e, o quanto passa despercebido, por exemplo, como realizar uma boa postura na cadeira e como o apoio ou não nos pés pode influenciar negativamente na saúde do trabalhador (Vale, 2022).

Outra ação de extensão desenvolvida foi a verificação da pressão arterial, realizada semanalmente, visando a identificação da média da PA de cada trabalhador, resultado associado ao projeto de pesquisa, citado anteriormente. A pressão arterial (PA) é medida da força com que o sangue é bombeado pelo coração e circula pelo sistema vascular, exercendo pressão nas paredes das artérias. A PA é essencial para o funcionamento adequado do sistema circulatório e para o transporte de oxigênio e nutrientes para os tecidos e órgãos do corpo (Barroso *et al.*, 2021).

As pessoas consideram a verificação da PA como uma “*simples*” ação em saúde e em enfermagem. Entretanto, a correta verificação de PA poderá evidenciar alterações significativas, podendo surpreender os trabalhadores, pois estes, geralmente, não apresentam nenhum sintoma significativo. Todavia, os níveis pressóricos alterados poderão impactar negativamente em atividades laborais.

O estabelecimento de ações, como o da verificação e orientação acerca dos bons níveis da pressão arterial (PA), além do cuidado de enfermagem, propriamente dito, permite que o trabalhador possa conhecer mais sobre o cuidado de si, resultando na melhora dos fatores físicos e psicológicos, elevando consequentemente a produtividade em seu ambiente de trabalho (Tsuboi; Rosim, 2022; Cunha, 2020).

As orientações de enfermagem, com foco na promoção da saúde do trabalhador, consideraram a importância do monitoramento dos níveis da PA, a prática regular de exercícios físicos, dar preferência para o consumo alimentar de peixe, frango e cortes magros de carne vermelha, frutas, legumes e verduras da safra de determinado período, considerando aspectos econômicos e, dormir oito horas por dia, fundamental para todo processo reparador da saúde humana.

Para os trabalhadores que informaram estar em acompanhamento para diabetes, realizaram-se orientações acerca do acompanhamento dos níveis glicêmicos. Em outro momento, foi realizada a avaliação do grau de risco para complicação no pé de pessoas com diabetes. Para subsidiar essa avaliação, foi utilizado um instrumento adaptado denominado “ficha de avaliação dos pés”. O uso desse instrumento foi essencial para o ensino referente ao exame clínico dos pés.

O exame clínico dos pés foi constituído por: inspeção, palpação com avaliação da sensibilidade tátil, protetora e vibratória e verificação dos pulsos distais. Para a avaliação da sensibilidade protetora foi realizado o teste do monofilamento de Semmes-Weinstein em Nylon 10g, enquanto a avaliação da sensibilidade vibratória foi utilizado um diapasão 128 Hz (Schaper *et al.*, 2019).

Uma das ações empreendedoras disponibilizadas foi a massagem relaxante dos pés. Para cada atendimento foi utilizado, pelo membro da equipe do projeto, um par de luvas de procedimento para proceder a aplicação de loção hidratante, facilitar o deslizamento das mãos do extensionista sobre os pés do trabalhador, seguido do envolvimento de cada pé com filme de poliuretano, para melhorar a absorção da loção. Após o tempo médio de 5 minutos, houve a retirada completa do filme de poliuretano. Com o auxílio de toalhas de papel descartável, foi retirado cuidadosamen-

te todo resíduo da loção hidratante, visando evitar o risco de quedas após o procedimento.

O diálogo cultivado com os trabalhadores técnicos administrativos, permitiu evidenciar a importância das orientações de enfermagem frente a saúde dos trabalhadores (Vale, 2022). Cabe salientar a importância de estratégias de empreendedorismo social para o desenvolvimento de projetos institucionais, visando a participação coletiva, com interface na capacitação e a formação acadêmica no ensino de graduação em promoção da saúde do trabalhador (Alves *et al.*, 2023; Backes *et al.*, 2022). Todas as atividades desenvolvidas constituíram-se como ações empreendedoras no âmbito do empreendedorismo social.

Em análise às ações do projeto, a enfermagem possui um papel de extrema relevância no desenvolvimento do empreendedorismo social, materializado por sua atuação na educação e orientação acerca da promoção da saúde de trabalhadores (Backes *et al.*, 2022; Barbosa; Reis; Moura, 2020). É preciso esclarecer os trabalhadores sobre a importância da manutenção de sua saúde no ambiente de trabalho.

Por fim, destaca-se o desenvolvimento das ações de enfermagem, desde sua origem até a era digital, implementadas em espaços não tradicionais, resultando, provavelmente, das demandas sociais e do acesso à tecnologia em saúde, fatores que impulsionam o desenvolvimento técnico e científico da profissão (Luna *et al.*, 2018).

Considera-se que as ações de enfermagem na saúde do trabalhador podem contribuir para a melhoria de hábitos de vida saudáveis, de trabalhadores, técnicos administrativos, discentes, docentes e colaboradores e gestores (Alves *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do projeto teve um impacto positivo sobre o cotidiano laboral do público-alvo. O projeto chamou a atenção dos trabalhadores técnicos-administrativos, pois não é comum ter esse tipo de atividade para a saúde do trabalhador. À medida que as atividades foram se desenvolvendo, emergiu no público atendido a expectativa das ações executadas. Alguns trabalhadores não compreendiam a importância da ve-

rificação e controle da pressão arterial, diversas perguntas sobre o tema foram respondidas no período.

As orientações necessárias, em seguir uma alimentação saudável, foram fornecidas aos trabalhadores. As atividades despertaram para a tentativa de melhorar o autocuidado com a saúde, visto que muitos se surpreenderam com o valor de suas pressões arteriais.

Os trabalhadores gradativamente adotaram outra percepção sobre a sua saúde. Além disso, passaram a se preocupar mais com o seu ambiente de trabalho, pois isso implica na melhora de sua saúde, além de influenciar na melhoria de sua produtividade.

Constatou-se que, para os trabalhadores, não era comum ver projetos voltados para eles, bem como a maioria não se importava com os aspectos da saúde. Muitos não verificavam sua pressão arterial e ficavam satisfeitos quando fazíamos as ações de extensão, fato importante para o projeto, mas preocupante pela visão do cuidado com o bem-estar de cada um.

Por meio do projeto, foi possível oferecer ações empreendedoras aos trabalhadores, orientando e atendendo na tentativa de que possam adotar bons hábitos de saúde. A educação em saúde, por meio das atividades de extensão, contribui para o acesso do trabalhador às informações, conduzindo a reflexão e incentivando a mudança de comportamento face à melhoria das condições de saúde em seu ambiente de trabalho.

O projeto contribuiu significativamente para a percepção dos discentes quanto à integração entre ensino, pesquisa e extensão durante a formação acadêmica, principalmente quanto à promoção da saúde e prevenção de agravos no ambiente laboral, permitindo vivenciar a relação entre a teoria e a prática vivencial por meio de ações extensionistas. As ações articuladas em saúde e enfermagem exercem um importante papel social, ao desenvolver estratégias empreendedoras que facilitem o acesso às informações referentes à promoção da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Valadão Vasconcelos; SEABRA, Anna Beatriz Pegas de Oliveira; FARIA, Magda Guimarães de Araujo; FERREIRA, Rejane Eleuterio. Colaborações de projetos de pesquisa e extensão na promoção da

saúde de trabalhadores e estudantes. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 12, n. 1, 2023. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.3616.

BACKES, Dirce Stein et al. Acadêmicos de enfermagem na comunidade: estratégia empreendedora e propositora de mudanças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, p. 1799–1804, 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0382>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GZ9xDNvrHZNL3XjScnXHWmD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BACKES, Dirce Stein et al. Empreendedorismo social na formação profissional de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0391pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QvPPfMMj4QRB6NGRDk-TxLwB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2024.

BAGGIO, Adelar Francisco; BAGGIO, Daniel Knebel. Empreendedorismo: Conceitos e Definições. **Revista de Empreendedorismo, Inovação e Tecnologia**, [s. l.], v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/revistas/article/view/612/522>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BARBOSA, Gabriela Lino; REIS, Caroline; MOURA, Priscila. A RELAÇÃO DA ENFERMAGEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, [s. l.], v. 6, n. 2, 2020. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/521>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, [s. l.], v. 116, p. 516 - 658, 2021. DOI <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Norma Regulamentadora No. 17 (NR-17)**. Brasília - DF: [s. n.], 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-17-nr-17>. Acesso em: 16 fev. 2024.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTOS, José Luís Guedes dos. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PtQmTrvD78fnqTgN5frVvLQ/?format=pdf&lang=en> . Acesso em: 24 fev. 2024.

CUNHA, Fabiane Correia da. A importância do programa institucional de bolsas de extensão universitária - PIBEX para a formação acadêmica e profissional dos bolsistas na UFRB. **Extensão em Foco**, [s. l.], p. 115 - 134, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/extensao/article/download/67487/pdf> . Acesso em: 14 fev. 2024.

DINIZ, Janguê. **A arte de empreender**: Manual do empreendedor e do gestor das empresas de sucesso. São Paulo: Editora Novo Século, 2019. 336 p. ISBN 8542810732.

EPPICH, Walter et al. Simulation-based team training in healthcare. **National Library of Medicine: Simul Health**, [s. l.], v. 6, 2011. DOI 10.1097/SIH.0b013e318229f550. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21817858/> . Acesso em: 25 fev. 2024.

FRANCO, Jheine Oliveira Bessa; GOUVÊA, Josiane Barbosa. A cronologia dos estudos sobre o empreendedorismo. **Revista de Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas**, [s. l.], v. 5, n. 3, 2016. DOI <https://doi.org/10.14211/regepe.v5i3.360>. Disponível em: <https://www.regepe.org.br/regepe/article/view/360> . Acesso em: 20 fev. 2024.

GARZÓN MOSQUERA, Julián Camilo; ARAGÓN VARGAS, Luis Fernando. Sedentarismo, atividade física e saúde: uma revisão narrativa (Sedentarismo, atividade física e saúde: uma revisão narrativa). **Retos digitais**, v. 42, pág. 478–499, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7986290> . Acesso em: 28 fev. 2024.

HULSEGGE, Gerben. The mediating role of lifestyle in the relationship between shift work, obesity and diabetes. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, [s. l.], p. 1287–1295, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8292292/pdf/420_2021_Article_1662.pdf .

Acesso em: 23 fev. 2024.

ITELVINO, L. DA S. et al. Formação do empreendedor social e a educação formal e não formal: um estudo a partir de narrativas de história de vida. **Ensaio**, v. 99, pág. 471–504, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/zQFKDmQ9DqxLHNKf5dtGCWP/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 20 fev. 2024.

JÚNIOR, José Cazuza de Farias. Associação entre Prevalência de Inatividade Física e Indicadores de Condição Socioeconômica em Adolescentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s. l.], v. 14, p. 109–114, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S1517-86922008000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/HPyntSNMyc4FBTkcCKmg-NFn/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 23 fev. 2024.

MORI, Flor Marlene Luna Victoria et al. Competencias de la enfermera en instituciones educativas: una mirada desde los gestores educativos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0152> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kFzdcBdx8DdfgQ7pwZXB4yP/?format=pdf&lang=es> . Acesso em: 26 fev. 2024.

MOURA, Lilian da Silva Almeida. **Empreendedorismo**. Pernambuco: Ser Educacional, 2019. 149 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Atividade física**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> . Acesso em: 20 fev. 2024.

SCHAPER, Nicolaas C et al. **Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético: atualização IWGDF 2019**. [S. l.: s. n.], 2019. 197 p. DOI: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3266>. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/12/Brazilian-Portuguese-translation-IWGDF-Guidelines-2019.pdf> . Acesso em: 22 fev. 2024.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador**. Minas Gerais: Coopmed, 2009. 100 p. ISBN 978-85-7825-020-1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf> . Acesso em: 24 fev. 2024.

SPEKALSKI, Midiã Vanessa Santos *et al.* Prevalência e fatores associados a hipertensão arterial em trabalhadores de uma instituição de ensino superior. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, [s. l.], v. 5, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2022v5n2.636> . Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/636> . Acesso em: 23 fev. 2024.

TREMBLAY, MS et al. Rede de Pesquisa de Comportamento Sedentário (SBRN) – Processo e resultado do Projeto de Consenso Terminológico. **Revista Internacional De Nutrição Comportamental e Atividade Física**, v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-017-0525-8>. Acesso em: 22 fev. 2024.

TSUBOI, Robson Mendes Neves; ROSIM, Daniela. A qualidade de vida no trabalho e a saúde ocupacional dos docentes da Universidade Federal de Goiás. **Revista de Gestão e Avaliação Educacional**, v. 11, n. 20, p. e69171, p. 1–15, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5902/2318133869171> . Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/regae/article/view/69171> . Acesso em: 22 fev. 2024.

VALE, Fernanda Assis do. **Papel do enfermeiro na promoção da saúde do Trabalhador**. Orientador: Prof.^a Dr.^a. Maria Alice Coelho. 2022. 53 p. Trabalho de CONSIDERAÇÕES FINAIS de Curso II (Bacharel em Enfermagem) - Universidade Católica de Goiás, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/5256/1/PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20NA%20PROMOCAO%20DA%20SAUDE%20DO%20TRABALHADOR.pdf> . Acesso em: 19 fev. 2024.

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline Ferreira de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Maria Beatriz Cardoso Gonçalves

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gabriela Galvão da Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Taís Oliveira da Silva

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Leandro Marques Dias

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes da Silva

Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

Doutoranda em Biologia Parasitária na Amazônia, Universidade do Estado do Pará

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante a construção de um bundle para prevenção e controle de infecção do sítio cirúrgico durante a prática vivenciada no centro cirúrgico de um hospital público em Belém/PA. Método: Trata-se de um relato de experiência vivenciado por cinco acadêmicos durante a prática do componente curricular Enfermagem Clínica e Cirúrgica em um hospital de referência em Belém/PA, ao qual foram observados alguns problemas relacionados a prevenção da infecção do sítio cirúrgico, para tanto foi utilizado a metodologia do Arco de Maguerez, usado como base para construção de um bundle, como medidas de cuidados para prevenir a infecção do sítio cirúrgico. Resultados: Foram identificadas fragilidades na execução de protocolos institucionais relacionados à prevenção e controle de infecção

do sítio cirúrgico. Contudo, espera-se que a utilização correta do bundle contribua para problemas encontrados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A criação dessa tecnologia visa contribuir para a melhoria da assistência direta ao paciente cirúrgico já que é necessário que todos os profissionais do CC realizem as etapas críticas do bundle para preenchê-lo, o que consequentemente aumenta a possibilidade de diminuir a incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico, os gastos e complicações para o paciente.

Descritores: Fômites; Cirurgia; Infecção Hospitalar; Infecção do Sítio Cirúrgico.

INTRODUÇÃO

As infecções obtidas durante o processo de cuidado em um hospital ou qualquer outro sistema de saúde, às quais não estavam presentes durante a admissão e internação do paciente, são denominadas de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), cuja origem se dá a partir do contato direto com os profissionais de saúde como: cirurgias, intubação, cuidados domiciliares, entre outros, podendo ter manifestações clínicas até mesmo após a alta hospitalar.

As principais causas de IRAS são condutas praticadas de maneiras inapropriadas pelos profissionais de saúde que podem favorecer o aparecimento de Infecções no Sítio Cirúrgico (ISC), como a falta de higienização das mãos de acordo com os protocolos hospitalares, uso de adornos durante o procedimento cirúrgico, uso inadequado de equipamentos de proteção individual, a abertura e fechamento da porta da sala de operação de forma errada. Nesse ínterim, a ISC manifesta-se em lesão originada por um procedimento cirúrgico ou pós-operatório em cavidade, osso, articulação, tecido ou próteses e na maioria das vezes são causadas por fatores endógenos ao paciente (Costa; Santa; Ferraz, 2020), ou seja, tem origem externa do próprio organismo que não estava presente antes do corte ou rompimento da barreira física da pele.

As práticas assistenciais favorecem a transmissão por contato direto ou indireto, que ocorre por disseminação de micro-organismos de um indivíduo para o outro através das mãos e objetos inanimados. Logo, o paciente ao adquirir um micro-organismo contrário da sua flora residen-

te pode apresentar-se colonizado, perdurando de forma assintomática ou evoluindo para infecção apresentando sinais e sintomas clínicos (Alvim; Santos, 2017). Estes são fatores que corroboram direta e indiretamente no aumento ou diminuição das ISC no período intraoperatório, uma vez que na singularidade do centro cirúrgico, a dinâmica do cuidar é voltada à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando segurança e a recuperação do cliente.

A segurança do paciente é uma meta desejada pelas instituições de saúde, como recomendado pelo Programa Nacional de Segurança ao Paciente (PNSP), sendo esta uma das particularidades referentes a qualidade do cuidado ofertado ao paciente, importante para sua família, equipe e instituição de saúde.

A Portaria nº 529/2013, que institui o PNSP, descreve a segurança do paciente por redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, além de fomentar a importância que a cultura de segurança do paciente tem no âmbito dos profissionais. Nessa perspectiva, a segurança do paciente é um tópico complexo, que necessita, dos profissionais de saúde, um amplo conhecimento do assunto, além de competências e habilidades específicas para que as atividades relacionadas sejam realizadas corretamente. A meta 5, que faz parte das 6 metas internacionais de Segurança do Paciente, discorre sobre reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde, priorizando a questão da prevenção de infecções hospitalares relacionadas a lavagem incorreta das mãos, além de falar sobre a técnica correta antisséptica das mãos durante a assistência ao paciente.

Diante disso, este relato de experiência foi desenvolvido a partir das experiências de acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Pará no centro cirúrgico de um hospital de referência oncológica da cidade de Belém no estado do Pará, local em que os acadêmicos observaram os fatores predisponentes ao riscos de infecção do sítio cirúrgico, e a partir da observação e levantamento dos problemas foi realizado a construção de uma tecnologia assistencial destinada à equipe multiprofissional contendo medidas preventivas ao combate e controle de infecção do sítio cirúrgica. Portanto, o estudo objetivou relatar a experiência de construção de uma tecnologia assistencial para o controle e prevenção de infecções do sítio cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, utilizando a metodologia de problematização ou Arco de Magueréz, o qual possui a estratégia de ensino-aprendizagem que dá oportunidade para a interação e trocas de experiência entre alunos e professores. Diante disso, o Arco de Magueréz consiste em cinco etapas, sendo elas: observação da realidade, destaque dos pontos-chave, teorização, levantamento de hipóteses de solução e, por fim, aplicação à realidade (Berbel, 2011).

A primeira etapa e experiência deste estudo, conforme o Arco de Magueréz, foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2022, no Centro Cirúrgico (CC) de um hospital de referência localizado em Belém do Pará, considerado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), onde foi realizada a observação da realidade do CC durante o período de aula prática de cinco alunos da Universidade do Estado do Pará.

A segunda etapa do Arco de Magueréz é a identificação dos pontos-chave, que consistiu na eleição dos principais problemas identificados. Destacam-se os principais problemas observados que influenciam na propagação das ISC no CC do hospital em questão, sendo: o uso de adornos durante procedimento cirúrgico, antisepsia inadequada das mãos, uso inadequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) como máscara, touca e propés, fluxo de pessoal e abertura constante de portas durante procedimento cirúrgico, além dos problemas identificados, também foram julgados necessários os pontos-chave acerca da abertura de materiais e monitoramento dos indicadores do processo de esterilização, degermação da pele, técnica antisséptica na realização do curativo pós-cirúrgico e a antibioticoprofilaxia.

A terceira etapa de teorização, cuja fase consistiu na busca de respostas para as soluções dos problemas citados. Nesta fase, foram consultados artigos científicos acerca da metodologia para controle e prevenção de infecções do sítio cirúrgico. Para busca dos artigos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Como critérios de inclusão, foram utilizados estudos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português e inglês, com recorte temporal de 2011 a 2021. Como critérios de exclusão, foram considerados estudos pagos, editoriais, teses, dissertações e artigos que não atendiam aos critérios de inclusão. O levantamento foi realizado em pares, no mês dezembro de 2022, como estratégias de busca, foram utilizados os Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), seus respectivo Medical Subject Headings Terms (MeSTerms), “fômites”, “cirurgia”, “infecção hospitalar” e “infecção do sítio cirúrgico”. Conforme as bases selecionadas e suas especificidades de acesso, os descritores foram combinados entre si em diferentes cruzamentos, utilizando os operadores booleanos AND e OR. Dessa maneira, após a aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura na íntegra, cinco compuseram este trabalho.

A quarta etapa de identificação da hipótese de solução, ou seja, na elaboração de alternativas viáveis para solucionar os problemas identificados, de maneira crítica e criativa, a partir do confronto entre teoria e realidade. Para isto, foi elaborado uma tecnologia assistencial, neste caso o bundle ou pacote de medidas, contendo checklist de atividades, o qual possui um conjunto de estratégias aplicadas em conjunto a todos os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico que podem apresentar riscos ao paciente e contribuir para risco de IRAS, neste caso, especificamente, de ISC, portanto, o bundle, foi elaborado com o objetivo de minimizar a incidência dos problemas identificados durante o período de aula prática e contribuir para a segurança do paciente.

A quinta e última etapa do Arco de Maguerez corresponde à aplicação da realidade. Entretanto, por motivos internos do hospital não foi possível realizar a aplicação da tecnologia assistencial no centro cirúrgico e nem apreciação pela equipe responsável pela assistência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tecnologia assistencial foi elaborada com o objetivo de prevenir infecções no sítio cirúrgico em um CC de um hospital de referência em Belém do Pará, com o intuito de diminuir os riscos associados à ISC durante o período intraoperatório. Diante disso, foi elaborado o “Bundle de Prevenção e Controle de Infecção do Sítio Cirúrgico”, tecnologia escolhida para solucionar os problemas identificados que apresentam riscos ao paciente.

O bundle, ou pacote de medidas que é uma estratégia baseada em evidências científicas, foi desenvolvido pelo Institute For Healthcare Improvement (IHI) com a finalidade de minimizar as IRAS, uma vez que as situações ou potenciais riscos podem ser evitados por meio de medidas simples e inovadoras, assim evitando que o sítio cirúrgico seja exposto a microrganismos ou fatores ambientais que contribuam para complicações do quadro clínico do paciente (Pinho *et al.*, 2020).

Visto isto, a cirurgia constitui um risco ao paciente, devido a barreira epitelial ser rompida, o que por si só pode desencadear reações e aumentar a possibilidade de infecção por vários fatores (ambientais, fisiológicos e/ou provocados diretamente ou indiretamente) que afetam o mecanismo de defesa do organismo. Dessa forma, as ISC têm se destacado entre as IRAS devido à alta mortalidade e morbidade que apresentam, além de afetar o estilo de vida do paciente e o sistema de saúde, devido ao paciente necessitar ser afastado de suas atividades diárias e seu tratamento possuir alto custo econômico para o sistema de saúde.

Ademais, as cirurgias tornaram-se parte integrante dos cuidados de saúde com uma estimativa de 234 milhões de operações realizadas anualmente no mundo, sendo que, destes, em torno de 7 milhões de clientes sofreram complicações após a cirurgia, das quais 50% delas poderiam ter sido evitadas (Riegel; De Oliveira, 2017). Nessa perspectiva, é válido evidenciar a importância da criação de um bundle para o controle e prevenção de infecções cirúrgicas, visto que sua simplicidade pode auxiliar os cuidados assistenciais, servir de respaldo para profissionais, controlar e prevenir os riscos de infecções e outras complicações.

As infecções, portanto, podem ser causadas por micro-organismos durante o período perioperatório e podem ser contraídas por meio de contaminação cruzada. Estudos ressaltam que a maior parte da disseminação desses micro-organismos ocorre pelas mãos dos profissionais que prestam a assistência, como também por suas vestimentas e equipamentos, outros estudos também afirmam que há contaminação por micro-organismos resistentes a antimicrobianos em vários locais como uniformes, jalecos, celulares, e estetoscópios desses profissionais (Surase *et al.*, 2016).

Nesse contexto, destaca-se a utilização de adornos por profissionais que atuam no centro cirúrgico, o que representa um agravante na propagação de micro-organismos. Segundo o guia técnico de riscos biológicos, os adornos são definidos como os seguintes acessórios: alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercings expostos, bem como os crachás pendurados com cordão e gravatas (Brasil, 2008).

No Brasil, algumas instituições proíbem a utilização de adornos por profissionais de saúde durante o período de trabalho e assistência aos pacientes. Entretanto, é preciso considerar a cultura de utilização de adornos por trabalhadores da saúde e destacar que apesar do uso de joalheria no ambiente de trabalho ser desencorajada pelas instituições e pelos órgãos de saúde, a utilização desses objetos ainda é bastante frequente nas instituições de saúde, incluindo os hospitais, pois não há a correta vigilância desta situação, visto que até mesmo no centro cirúrgico, como observado durante a prática dos discentes, a utilização de adornos era continuada pela equipe presente naquele momento.

Sabe-se que, ao higienizar as mãos, os profissionais devem remover os adornos para limpar as superfícies da pele sobrepostas por eles, assim como devem também remover joias como brincos, cordões e piercings, pois, apesar de não entrarem em contato direto com a mãos, não é permitido sua utilização durante o trabalho assistencial, seja ele nas áreas críticas, como centro cirúrgico, ou áreas semicríticas e não críticas. Contudo, é notório que os profissionais não são cobrados rigorosamente pela instituição a seguir os protocolos de paramentação durante o ato cirúrgico, desse modo, este fator foi inserido no bundle como perguntas que induzem os profissionais a seguirem as normas e ao mesmo tempo monitorar e cobrar a remoção de adornos da equipe cirúrgica, sendo este um dos caminhos para ofertar aos pacientes mais segurança no intraoperatório.

No período de prática, foram observadas degermação incorreta das mãos dos profissionais que realizaram o procedimento cirúrgico, isto é, não seguiram a meta 5, das 6 metas internacionais de Segurança do Paciente, a qual prevê a importância da higienização das mãos no controle e prevenção das infecções no sítio cirúrgico. A higienização das mãos (HM) é assegurada mundialmente como uma medida primária, no controle das

infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Entretanto, durante a vivência no centro cirúrgico, foi observado a limpeza das mãos em um espaço de tempo muito curto, uso de unhas artificiais e com esmalte, lavagem e secagem das mãos incorretas dos profissionais sem a utilização das técnicas antissépticas. Nesse viés, essas práticas irregulares podem gerar um risco de contaminação por micro-organismos e infecção no sítio cirúrgico como também, causar danos na saúde dos profissionais. Logo, com o intuito de prevenir e controlar as infecções no sítio cirúrgico, a escolha desse tópico tornou-se de extrema importância para ser colocado no bundle, pois vai possibilitar a educação e a conscientização dos profissionais frente a essa temática.

Outrossim, a Norma Regulamentadora nº 6 (NR-06) é um documento que estabelece o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em qualquer esfera de serviço, sendo definido como dispositivo ou produto, de uso individual, utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos à segurança e saúde no trabalho (Brasil, 2020). Sabendo disso, ainda é observado práticas indevidas no uso de EPI no ambiente hospitalar, especificamente na paramentação no centro cirúrgico, tornando-se preocupante principalmente por ser um fator de risco a ISC.

Logo, observou-se no hospital de referência problemas e falhas da equipe cirúrgica durante a vestimenta de EPI, como a utilização inadequada do gorro, não protegendo totalmente os cabelos, utilização incorreta da máscara cirúrgica com cobertura parcial, por vezes deixando o nariz ou boca a mostra, tais imprudências apresentam ameaças à segurança do paciente, uma vez que a paramentação cirúrgica é um dos fatores primordiais para a redução da ISC. Diante disso, mostra-se a importância da abordagem dessa temática no pacote de medidas criado pelos discentes, visando a minimização de falhas durante a paramentação cirúrgica e, consequentemente, redução nas ISC.

O sistema de rastreabilidade do material esterilizado é um importante aliado na prevenção de infecção do sítio cirúrgico, abrangendo o protocolo de cirurgia segura. Um dos componentes desse sistema é o integrador químico contido dentro das caixas e pacotes dos produtos para a saúde esterilizados, eles reagem por mudança termocrômica quando expostos ao processo de esterilização e são essenciais para assegurar a qua-

lidade do processo e monitoração de falhas (Lima, 2021). Logo, ao abrir a caixa de instrumentais é necessário realizar a inspeção do integrador, confirmando a alteração da cor conforme as orientações do fabricante, pois ele deve evidenciar um processo de esterilização eficiente.

Quanto à antibioticoprofilaxia, esta é uma prática utilizada na tentativa de evitar a infecção do sítio cirúrgico. Para que se obtenha sucesso nesta prática é preciso que alguns critérios sejam seguidos como utilizar um antibiótico baseado no tipo de cirurgia, suspender a administração do antibiótico logo após o fechamento da ferida e administrar mais de uma dose em cirurgias com maior duração de tempo (Pereira, 2020). Portanto, para que seja uma profilaxia útil é preciso que seja utilizada criteriosamente e de forma específica para cada tipo de cirurgia.

Segundo Krummenauer (2020), o cuidado e o preparo da pele do paciente é um fator importante para a prevenção de ICS, visto que, o profissional ao realizar a antisepsia do campo operatório e a degermação do membro ou local próximo à incisão cirúrgica de maneira errada pode criar um ambiente favorável para o crescimento de micro-organismo oportunista e nocivo para a saúde do paciente. Dessa forma, a finalidade dessa intervenção é evitar a entrada de germes no local da ferida operatória, além de garantir que não haja detritos ou gordura no local e assim diminuir o risco de desenvolvimento de ISC (Andrade *et al.*, 2021). Logo, a contemplação desse hábito no bundle é de suma importância para a prevenção de infecção no sítio cirúrgico e, também, na diminuição de fatores de riscos à saúde do paciente durante o período intraoperatório.

A prática clínica do enfermeiro é prejudicada pois não existem orientações claras quanto a melhor técnica para a realização de curativos em feridas. Porém, mesmo sem essas orientações claras, é preciso que se utilize a técnica asséptica nos procedimentos de curativos intra-hospitalares visto que essa técnica evita a infecção cruzada (Prado *et al.*, 2016).

É importante também que o tráfego de pessoas e objetos seja mínimo dentro da sala cirúrgica para evitar com que profissionais sejam contaminados, bem como evitar a contaminação do sítio cirúrgico (Rodrigues *et al.*, 2020). Essa medida de controle não foi respeitada no ato cirúrgico observado durante o período de prática, onde o fluxo de pessoas

era intenso ao ponto de chamar a atenção de estudantes que estavam tendo o primeiro contato com aquele tipo de experiência. Além da circulação intensa de pessoal, ainda foi notório a utilização de cadeiras para impedir o fechamento das portas da sala cirúrgica, permanecendo estas abertas por um longo período. Portanto, o acréscimo desta prática no *bundle* foi visto como medida necessária e de grande importância para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico e para evitar possíveis contaminações pós-operatórias no local da incisão.

Diante dos expostos, o *bundle* de Controle e Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico foi desenvolvido cientificamente para tentar minimizar os problemas identificados na prática dos profissionais dentro da sala operatória. Dessa forma, foi destacado no *bundle* informações do paciente como nome completo, data de nascimento, procedimento que será realizado, número de registo; data da realização do procedimento; horário de entrada e saída do paciente na sala operatória, destaca-se que o *bundle* deve ser preenchido a partir do momento da degermação das mãos, que é o preparo para início do procedimento cirúrgico, junto com toda a equipe até o fim do procedimento; foi disposto um local para adicionar o nome de todos da equipe, bem como uma parte para adicionar a assinatura e carimbo do verificador responsável.

Além disso, foram adicionadas também outros itens, dispostos abaixo, para verificação conforme as etapas forem sendo realizadas, as quais deverão ser marcadas a alternativa “Sim” ou “Não”. Contudo, foram destacadas as seguintes etapas críticas para compor o *bundle*:

1. Retirada de adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras ou similares antes de iniciar a antissepsia cirúrgica das mãos.
2. Realização da degermação das mãos para o momento operatório seguindo técnica antisséptica.
3. Uso de paramentação adequada (gorros, propés e máscara descartáveis) durante todo o procedimento cirúrgico.
4. Abertura e inspeção dos indicadores de segurança e esterilização das caixas cirúrgicas;

5. Disposição de materiais esterilizados na mesa do instrumentador de forma correta.
6. Antibioticoprofilaxia realizada 60 minutos antes da incisão cirúrgica, qual antimicrobiano utilizado.
7. Necessidade de dose adicional de antimicrobiano durante a cirurgia.
8. Degermação do sítio cirúrgico com técnica antisséptica e a solução utilizada.
9. Curativo realizado com técnica antisséptica
10. Controle do número de pessoas na sala operatória.

Contudo, espera-se que ao utilizar essa tecnologia os profissionais adotem a cultura correta para que a segurança do paciente seja garantida, a fim de que assim evite complicações no pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência evidencia que metas e protocolos de segurança não foram seguidos por profissionais, o que influencia diretamente na qualidade do cuidado ao paciente cirúrgico. Dessa forma, a criação do bundle propõe monitorar e cobrar as práticas corretas por parte de profissionais no centro cirúrgico.

O bundle contribui para que a cultura de boas práticas no CC seja adotada, já que por muitas vezes os profissionais estão acostumados com certas práticas erradas e acabam incorporando-as sem perceberem. A criação dessa tecnologia visa contribuir para a melhoria da saúde pública, já que é necessário que todos os profissionais do CC realizem as etapas críticas do bundle para preenchê-lo, o que consequentemente aumenta a possibilidade de diminuir a incidência de ISC, os gastos e complicações para o paciente. Portanto, espera-se que esta tecnologia cumpra seu objetivo principal, para que os profissionais de saúde adotem as medidas básicas de segurança que serão de extrema importância para a saúde do paciente, e consequentemente, de sua recuperação pós-operatória.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S; SANTOS, F. C. R. Medidas de precaução de contato para prevenção e controle de infecções: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, 2017. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1333>>. Acesso em: 11 dez. 2022

ANDRADE, G.V. *et al.* Surgical site infection prevention bundle for children submitted to cardiac surgery. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2021;55(Rev. esc. enferm. USP, 2021 55). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0470>>. Acesso em: 11 dez. 2022

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. v.32, n.1, p25-40, 2011; Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326>>. Acesso em: 11 dez. 2022.

BRASIL. Norma Regulamentadora No. 6 (NR-6). Ministério do Trabalho e Previdência. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulam-entadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-6-nr-6#:~:text=A%20Norma%20Regulamentadora%20n%C2%BA%206,setores%20ou%20atividades%20econ%C3%B4micas%20espec%C3%ADficas>>. Acesso em: 11 dez. 2022.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 11 dez. 2022.

BRASIL. Riscos Biológicos: Guia Técnico para a NR 32. Ministério do trabalho e emprego. 2008. Disponível em: <http://www.trabalhoseguro.com/NR/nr32_riscos_biologicos.html>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COSTA, A.C.; SANTA F.C.; FERRAZ, Á. A. B. What's new in infection on surgical site and antibiotic prophylaxis in surgery? **ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v.33, n.4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/49WKzsVVT6R6ZbfdNJjVhQK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2022.

KRUMMENAUER, E. C. *et al.* Adesão aos protocolos de atendimento para a não infecção de sítio cirúrgico de coluna. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v.11, e78, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64885>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LIMA TN DA S. *et al.* Conhecimento dos enfermeiros residentes sobre leitura e registro do indicador químico nos processos de esterilização de produtos para a saúde. **Research, Society and Development**. v.10, n.5, e4610514724. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14724/13116/191083>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

PEREIRA, L.B. *et al.* Surgical antibiotic prophylaxis: is the clinical practice based on evidence? **Einstein**. v.18, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/cW6xkVpQN6Gz5CzqQZ33SYC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

PINHO, C.M. *et al.* O uso dos bundles em unidades de terapia intensiva: prevenção e redução das infecções. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**. v.5, n.2, p.117-24, 2020 2020;5(2):117–24. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v5n2a08.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

PRADO, A.R.A *et al.* Uso da Técnica Limpa ou Estéril em Curativos Using the Clean or Sterile Technique in Dressings. *J Health Sci*. 2016;18(3):217–39. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831810>>. Acesso em: 22 dez. 2022.

RIEGEL, F; DE OLIVEIRA JUNIOR, N. J. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**. v.27, n.22, 2017. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2017/10/859852/45577-194188-1-pb.pdf/>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

RODRIGUES, A. Z. *et al.* Intervenções cirúrgicas em tempos de coronavírus Revisão de literatura / Surgical interventions in coronavirus times Literature review. **Brazilian Journal of Development**. v.16, n.6, e38104-21, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/11762>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

SURASE, P. *et al.* The Ever Increasing Reservoirs of Infection in the HealthCare Environment - Time for a Sixth Moment of Hygiene. **The Journal of the Association of Physicians of India**. v.64, n.8, p.31-6, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27762106/>>. Acesso em: 19 dez. 2022.

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO AO PORTADOR DE LESÃO CUTÂNEA

Margarete Carréra Bittencourt

Doutora em Patologia das Doenças Tropicais, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Flávia Renata Neves Costa

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Bruna Silveira Lemos de Souza

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Eviny Sayuri Trindade Okada

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Dyckson Leão dos Santos

Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Bruna Garcia de Moraes

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Beatriz Veloso Lopes

Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Caroline Mira Freire

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

O tema em estudo abordou sobre o processo de elaboração, planejamento e sugestões para o projeto de construção de estabelecimentos que prestem assistência de saúde a pessoas portadoras de lesões cutâneas. Feridas são classificadas em agudas e crônicas. No tocante às feridas crônicas, destaca-se o aumento da incidência e da prevalência na população brasileira uma vez que o processo e o tratamento para cicatrização dependem, também, de fatores socioeconômicos, podendo acarretar elevados custos para o sistema de saúde. A inclusão de serviços especializados para o tratamento de feridas nas universidades pode contribuir para maior incentivo aos acadêmicos sobre o tratamento ambulatorial. Esse estudo tem como objetivos propor a criação de um ambulatório de atendimento

a pacientes portadores de lesões cutâneas em uma Universidade Pública; realizar levantamento bibliográfico sobre os instrumentos necessários para o funcionamento de ambulatório de lesão cutânea; propor espaço físico para o ambulatório de lesão cutânea; levantar na literatura recursos materiais, físicos, humanos e financeiros para o ambulatório de lesão cutânea; construir um fluxograma de atendimento para portadores de lesão cutânea. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão de literatura, nas Bases de Dados Bdenf, Medline e Lilacs e protocolos do Ministério da Saúde. Para auxiliar na RIL, utilizou-se o Software Rayyan qrci. Ao final da revisão, 21 artigos foram selecionados. Por se tratar de uma proposta de construção, este trabalho baseou-se na RDC Nº 50 da ANVISA. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, dividindo em 04 categorias: espaço físico, plano assistencial, recursos materiais e recursos humanos. Propor como trabalho de CONSIDERAÇÕES FINAIS de curso a construção de um estabelecimento de saúde em uma universidade pública é um desafio que vai além das pesquisas bibliográficas. A enfermagem está diretamente ligada a esse processo, uma vez que possui respaldo para gerenciar Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Descritores: Enfermagem; Atendimento ambulatorial; Ferimentos e Lesões cutâneas.

INTRODUÇÃO

Feridas, em especial as crônicas, acometem cerca de 5% da população adulta no eixo mundial-ocidente, repercutindo na qualidade de vida, assim como na sobrecarga econômica para os serviços de saúde, configurando-se em um problema de saúde pública (Soares *et al.*, 2021).

Estas podem ser definidas como a perda de integridade cutânea, por meio de uma agressão sofrida de forma superficial ou profunda que pode comprometer o funcionamento da pele (Silva *et al.*, 2020). Caracteriza-se como a perda da integridade cutânea, sem depender de extensão, causada por impactos ou desencadeada a partir de qualquer doença (Zanoti, 2021). Cronicidade, por sua vez, é compreendida como uma lesão em condição de difícil processo de cicatrização, decorrentes de traumas ou agravos clínicos, podendo estender-se a semanas para ser cicatrizada (Cavalcante *et al.*, 2020). Além disso, feridas crônicas são aquelas que per-

manecem o maior tempo na fase inflamatória, o que retarda a fase proliferativa, necessitando de maior tempo para cicatrização tecidual, fazendo com que esse processo ultrapasse o tempo de três meses (Silva *et al.*, 2020).

No tocante às feridas crônicas, destaca-se o aumento da incidência e da prevalência na população brasileira uma vez que o processo e o tratamento para cicatrização dependem, também, de fatores socioeconômicos, podendo acarretar elevados custos para o sistema de saúde e a demanda de serviços especializados (Silva *et al.*, 2020).

As doenças crônicas, quando desenvolvidas, podem ter como consequência o surgimento de feridas, sendo estas agudas ou crônicas. As crônicas resultam da falha ocorrente no processo de reparação tecidual de forma ordenada e temporal. Além disso, a demora da busca por atendimento para tratar dessas lesões pode contribuir para que haja cronicidade das mesmas (Zanoti, 2021).

É importante frisar que a assistência a pessoas portadoras de lesões cutâneas é um desafio no contexto dos serviços de saúde pública. Paralelo a isso, os registros relacionados ao atendimento desse público, no Brasil, são escassos bem como os estudos sobre os impactos que são reproduzidos por esses agravos (Oliveira *et al.*, 2021).

Com destaque para LP, estas representam um problema de saúde pública com abrangência mundial, sendo que sua redução é uma das metas da Organização Mundial de Saúde. No cenário internacional, a prevalência de LPP varia de 5% a 39% e a incidência de 1,9% a 7,0%. (Baracho; Chaves; Lucas, 2020). No Brasil, embora existam poucos estudos que reflitam dados fidedignos, autores afirmam que a incidência de LP está entre 23,1% e 59,5% (Oliveira; Costa; Malagutti, 2019).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo Revisão Integrativa de Literatura.

Para Gil, (1999):

As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações

entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (Gil, 1999, p.28).

Seguindo essa perspectiva, Oliveira (2011) ressalta que o método da pesquisa descritiva busca descrever um fenômeno ou situação com detalhes, principalmente o que está ocorrendo, permitindo dessa forma abranger com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.

Já as pesquisas qualitativas buscam o ambiente natural como fonte para os dados que se deseja obter. Dessa forma, a escolha deste estudo em ser qualitativo está relacionado ao fato de não se buscar como objetivo dados quantificados e sim, que possam permitir a compreensão do tema em si, buscando diferentes autores que contribuem com a pesquisa escolhida (Vergara, 2020).

Realizou-se a pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde, selecionando estudos sobre o objeto de pesquisa nas bases de dados especificamente Medline, Lilacs e Bdenf, no período de março a julho de 2022. Usaram-se como descritores na BVS os seguintes termos: enfermagem OR assistência ambulatorial OR ferimentos e lesões. Com esses descritores foram encontrados 640 artigos.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos nos idiomas Inglês e Português, de acesso gratuito e disponibilidade na íntegra, com recorte temporal de 2016 a 2022. Como critérios de exclusão, foi adotada a exclusão de artigos duplicados, que não estavam disponíveis gratuitamente, incompletos e não estavam dentro do recorte temporal estabelecido. Ao final desses critérios, 21 artigos foram aprovados para esta pesquisa.

Além das BVS, foi usado, também, como base de busca de fundamentos teóricos em protocolos e manuais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde e de Secretarias de Saúde de Municípios e Estados do Brasil que tivessem relação com o tema em questão para complementar esse estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2022 a janeiro de 2023. Os dados foram coletados a partir da construção de um roteiro composto com os seguintes tópicos: título, objetivo, metodologia e resultados, para buscar informações de cunho físico, assistencial e profissional no processo de construção do ambulatório de lesão cutânea, além

dos ajustes de espaço físico, bem como a relação de materiais, protocolos assistenciais e fluxograma de atendimento.

Os dados foram analisados de outubro de 2022 a abril de 2023, por meio da Metodologia de Bardin (2011) que permite dividir os resultados em categorias.

Após análise dos documentos, os dados encontrados foram divididos em quatro categorias: Espaço físico, plano assistencial, recursos materiais e recursos humanos, descrevendo as etapas desse processo de construção contendo informações pertinentes para implantação do ambulatório, atendendo as normas RDC N°50 da ANVISA, sendo apresentada uma planta do espaço físico, além da logística e funcionamento a partir do fluxograma de atendimento para os pacientes referenciados.

O presente trabalho não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, por se tratar de uma pesquisa bibliográfica fundamentada em outras pesquisas já realizadas, se enquadrando no tipo de estudo RIL.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi utilizada como método a técnica de análise de conteúdo, que permite dividir em categorias os conteúdos selecionados. Após leitura dos documentos, foi criada quatro categorias, de acordo com os objetivos desse trabalho, para descrever os resultados.

Categoria 01: Espaço Físico

Estabelecimentos de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (1987), é o local destinado à prestação de assistência sanitária à população, podendo ser em regime de internação ou não internação, qualquer que seja o nível de complexidade de atendimento.

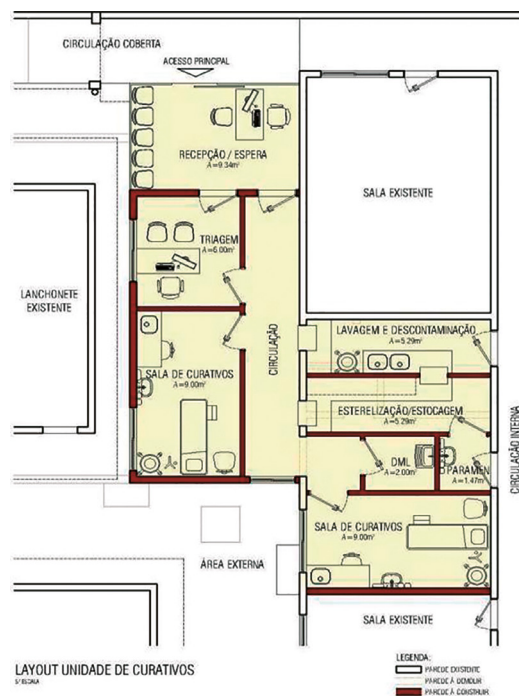
Compreende-se ambulatório como o local onde é prestado assistência em regime de não internação. Dessa forma, a assistência ambulatorial pode ser entendida como a modalidade de atuação realizada pelo profissional de saúde aos clientes que não necessitam de internação (Brasil, 1987).

De acordo com Brasil (2008), o ambulatório pode ser especializado e, nesta modalidade, este estabelecimento é destinado apenas a uma especialidade de assistência.

Para a construção desses estabelecimentos de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu em 1994 o documento: NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE que auxiliará o gestor nesse processo. Outrossim, a RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é um documento de suma importância para o processo de construção de estabelecimentos como o ambulatório, uma vez que, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (Brasil, 1995; Brasil, 2002).

Ademais, é preciso conhecer as dimensões mínimas necessárias para que seja construído um estabelecimento assistencial de saúde. Para isso, a Resolução de Diretoria Colegiada N°50 (RDC), no Art. 1º a seguinte colocação: Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada (Brasil, 2002).

Figura 1 - Planta do espaço físico proposto para o ambulatório.



Fonte: Autoria própria.

Para melhor visualização destas dimensões, uma planta com layout foi elaborada, junto com arquiteto, como proposta de ambulatório para ser construído na Escola de Enfermagem Magalhães Barata – UEPA, identificada na figura abaixo:

Categoria 02: Plano Assistencial

A assistência aos portadores de lesão cutânea no sistema de saúde é realizada a nível primário, prioritariamente. As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada para o usuário aderir a essa assistência. O ambulatório realiza atendimentos a regime de não internação, dessa forma, se enquadrando em assistência primária a saúde.

Para ter acesso a esses serviços, o usuário deve estar cadastrado na unidade que cobre a área de residência e esse cadastro necessita de alguns documentos como os pessoais (RG, CPF), comprovante de residência e Cartão Nacional de Saúde (SUS).

Como proposta, foi elaborado um plano de assistência para portadores de lesões cutâneas serem atendidos no ambulatório, adotando com fluxo de assistência atendimentos em nível de atenção primária.

O paciente chegará ao ambulatório portando seus documentos pessoais, comprovante de residência e cartão SUS para ser cadastrado. Após isso, um prontuário será criado com o seu respectivo número de cadastro. Os atendimentos serão agendados conforme disponibilidade diária, visto que o tempo para realização de curativos depende da classificação da lesão.

Os dias de atendimentos serão de segunda à sexta-feira, mediante marcação com apresentação do cartão nacional de saúde (SUS) e documentos pessoais apresentados na recepção do ambulatório, no horário de 8h às 12h (manhã) e 13h às 17h (tarde).

As consultas serão realizadas com a equipe de enfermagem e/ou discentes de enfermagem que estiverem em prática curricular, junto ao preceptor. Dependendo da classificação, este usuário será encaminhado para consulta médica, afim de uma investigação mais detalhada sobre o quadro clínico apresentado.

Finalizado a consulta, o usuário marcará o retorno na recepção e terá seu prontuário arquivado assim que cicatrizada sua lesão.

Categoria 03: Recursos Materiais

O gerenciamento dos recursos materiais necessários para o funcionamento do ambulatório de lesões cutâneas é de grande importância para o bom funcionamento do mesmo. De acordo com Chiavenato (1991), “a administração de recursos materiais deve garantir que os materiais necessários estejam disponíveis na quantidade certa, no local certo e no tempo certo à disposição dos órgãos que compõem o processo produtivo”.

É preciso compreender, portanto, quais as necessidades, de acordo com o público ao qual vai ser destinado à oferta de serviços. Para a assistência a pessoas que vivem com feridas, os materiais utilizados são baseados de acordo com a ferida a ser tratada, descritos no quadro abaixo:

Quadro 1 - Recursos materiais

CURATIVO TRADICIONAL	CURATIVO INTERATIVO E BIOATIVO EM FERIDAS ABERTAS
Instrumentais: pinça anatômica, dente de rato, hemostática e/ou kocher	Instrumentais (de acordo com o tipo de lesão)
Compressa cirúrgica e/ou gaze estéril	Luvas de procedimento
Cuba rim	Cobertura adequada à ferida (de acordo com a prescrição de Enfermagem)
Atadura	Cuba rim
Luva de Procedimento	Compressa cirúrgica e/ou gaze estéril
Solução Fisiológica ou Phmb 0,2%	Solução Fisiológica ou Phmb 0,2%
Micropore (s/n)	Agulha 40x1,20mm
Capote	Capote
Gorro	Gorro
Máscara	Máscara
Lixeira (saco branco)	Lixeira (saco branco)
Luva estéril	Luva estéril

Fonte: Brasil, 2021; Brasil, 2018.

Além dos recursos materiais ao nível de assistência, o ambulatório deve conter produtos de uso administrativo para gerenciar os procedimentos. Cada produto é selecionado, conforme o setor físico do ambulatório. Para melhor descrever quais são esses produtos, estes foram divididos em setores do ambulatório.

- Recepção: balcão, computador, impressora, papel A4, Canetas, Ficha de retorno, cadeiras e lixeira.
- Sala de triagem: mesa com gavetas, cadeira, prontuário, ficha de classificação, balança, aparelho de pressão arterial.
- Sala de curativos: Maca, biombo, escada de dois degraus, mesa, cadeira, ficha de avaliação, ficha de encaminhamento, mesa para preparo do material, armário para guardar os curativos, pia e lixeira.

Categoria 04: Recursos Humanos

O ambulatório de lesões cutâneas deve conter, além dos profissionais da saúde habilitados para prestar a assistência, e equipe de apoio administrativo. Como proposta de recursos humanos para o funcionamento do ambulatório de lesões cutâneas, elaborou-se a equipe de funcionários a compor o ambulatório, de acordo com suas respectivas atribuições.

- **Equipe de Saúde: Composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos.**
- **Enfermeiro:**
 - Realizar uma Consulta de Enfermagem;
 - Solicitar, quando necessário, os seguintes exames laboratoriais: hemograma completo, albumina sérica, glicemia jejum e cultura do exsudato com antibiograma;
 - Prescrever, quando indicado, as coberturas, soluções e cremes para curativo das feridas, e creme hidratante, conforme o tipo de lesão;
 - Explicar a técnica de limpeza da lesão durante o atendimento
 - Executar o curativo;

- Encaminhar o paciente para avaliação clínica e determinação da etiologia da ferida e em caso de intercorrências;
 - Capacitar e supervisionar a equipe de enfermagem nos procedimentos de curativo;
 - Registrar no prontuário o curativo executado;
 - Orientar quanto ao retorno para continuidade do cuidado
 - Fazer a previsão dos produtos (curativos), encaminhando o requerimento pelo pedido mensal.
- **Técnico de Enfermagem**
 - Realizar a triagem do usuário;
 - Preparar a sala de curativo e preparar o material a ser utilizado
 - Receber o usuário, acomodando-o em posição confortável que permita a visualização adequada da ferida evitando expor desnecessariamente o usuário;
 - Registrar o procedimento executado no prontuário, caracterizando o aspecto da ferida, queixas e conduta;
 - Executar o curativo ao qual está habilitado, conforme prescrição do enfermeiro ou médico.
 - **Médico**
 - Avaliar clinicamente o paciente e definir a etiologia da ferida
 - Prescrever, quando indicadas, as coberturas especiais como: sistema de pressão negativa, matriz dérmica;
 - Solicitar, quando necessário, os seguintes exames: hemograma completo, albumina sérica, glicemia jejum e cultura do exsudato com antibiograma;
 - Acompanhar a evolução do quadro clínico junto à equipe de enfermagem
 - Programar retorno conforme tratamento utilizado Equipe de apoio
 - Recepcionista.

- Realizar cadastro do usuário no ambulatório;
- Realizar atendimento de acolhida;
- Marcar consultas
- Marcar retorno, conforme solicitação dos profissionais de saúde.
- **Auxiliar de Serviços Gerais**
 - Realizar limpeza do ambulatório.

A presença desses profissionais é importante para o correto funcionamento do ambulatório, pois cada um desempenha funções que somadas, irão contribuir para uma assistência de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propor como trabalho de CONSIDERAÇÕES FINAIS de curso a construção de um estabelecimento de saúde em uma universidade pública é um desafio que vai além das pesquisas bibliográficas.

Poucos foram os achados científicos que trabalhassem sobre essa temática ou tivessem relação com a mesma, evidenciando a necessidade de estudos como este que contribuirão para a formação dos acadêmicos de enfermagem.

É válido destacar, ainda, o papel que a enfermagem exerce nesse processo, uma vez que, a elaboração dos planos de cuidados, do fluxo de assistência, da organização, provisão e previsão de materiais necessários é de competência do enfermeiro, pois este pode realizar a gestão e gerenciamento de EAS, bem como planejar esses espaços, de acordo com a assistência que será prestada, objetivando atender às demandas da população, pautado nas atividades ao qual está capacitado para realizar.

Desse modo, a construção de um ambulatório de lesões cutâneas na Escola de Enfermagem Magalhães Barata trará benefícios tanto para os futuros profissionais enfermeiros como para população, haja vista que será mais uma porta de serviço gratuito e especializado que prestará assistência ao usuário que vive com lesões cutâneas.

Para a comunidade acadêmica, por ser atividade privativa do enfermeiro, conforme resolução COFEN N^a 567/2018 e por existir uma fragilidade desse conhecimento tanto na teoria como na atividade prática, o ambulatório abrirá novos horizontes, sendo mais um campo de prática, permitindo aos estudantes maior aproximação com a assistência para portadores de lesões cutâneas e com a atuação da teoria aplicada na prática.

REFERÊNCIAS

BARACHO, V. DA S.; CHAVES, M. E. DE A.; LUCAS, T. C. Application of the educational method of realistic simulation in the treatment of pressure injuries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3357, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8RzyfTP3L-z45rnM77mdpyNG/abstract/?lang=en>. Acesso em: 2 dez.. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: ed. 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

RESOLUÇÃO-RDC N° 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 1995. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_montar_centro_.pdf. Acesso em: 31 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. 2ed. Brasília, 1987. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anexo do Manual Técnico do CNES: Tabelas atualizadas**. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_12_2009_11.02.21.5417b-9d5e4951_f6047eb973efc6ca7f2.pdf. Acesso em: 31 nov. 2022.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.saudepp.sp.gov.br/farmacia/documentos/protocoloferidas.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

CAVALCANTE, V. M. V. et al. Socioeconomic and clinical-epidemiological profile of people attended in an outpatient clinic for complex wounds. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 21, p. e43918, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43918>. Acesso em: 31 jan. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 567/2018. Diário Oficial da União**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html >. Acesso em: 06 jul. 2022.

CAMPOS, *et al.* (org). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa: Ideia, 2016. E-book. Disponível em: <http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

GIL, A. C. **METODOLOGIA e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, A.L.M.; DI ONOFRE, C.A.P.; MARCONDES, L.H.M.O. **Manual de Padronização de Curativos**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152129/manual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.

OLIVEIRA, M.F. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração**. Universidade Federal de Goiás: Campus Catalão. Catalão:UFG, 2011. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

OLIVEIRA, D. M. COSTA, M. M. L.; MALAGUTTI, W. Intervenções de enfermagem para pacientes com lesão por pressão. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/240237/33254>. Acesso em: 12 out. 2022.

SILVA, Á. L. D. DE A. *et al.* Predictive factors for worsening chronic wounds. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 21, p. e43615, 17 jul. 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43615>. Acesso em: 12 out. 2022.

SOARES, C.F. *et al.* Apoio matricial de enfermagem como inovação no cuidado à pessoa com ferida. **Enfermagem em Foco**. V. 12, supl. 1, p.

82-86, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5194>. Acesso em: 05 fev. 2023.

ZANOTI, M.D.U. Acompanhamento de pacientes com feridas crônicas em uma unidade básica de saúde do interior paulista. **Revista Cuidado em Enfermagem.**, v. 15, n. 2, p.196-204. 2021.

A INFLUÊNCIA DA PUBLICIDADE E PROPAGANDA NA PERCEPÇÃO PÚBLICA DO CÂNCER DE PULMÃO: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Maridalva Ramos Leite

Doutora em Ciências da Educação, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Bruna Rafaela Leite Dias

Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Jefferson Jorge Magalhães Tavares

Especialista em Microbiologia Avançada, Instituto Navigare

Ricardo Luiz Saldanha da Silva

Graduado em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA)

Evelyn Rafaela Almeida dos Santos

Graduada em Enfermagem, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Alzira Almeida de Araujo

Mestre em Educação, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

RESUMO

Objetivo: analisar a influência da publicidade e propaganda na percepção pública do câncer de pulmão. Metodologia: estudo exploratório, com abordagem qualitativa, sobre a influência da publicidade e propaganda na percepção pública do câncer de pulmão. Para tanto, foram coletados três anúncios relacionados ao câncer de pulmão, os quais foram analisados para identificar temas comuns, mensagens e estratégias de comunicação, subsidiando a formulação de hipóteses sobre como estes podem influenciar a percepção pública do câncer de pulmão. Análise: acredita-se que campanhas, como o Agosto Branco, podem moldar a compreensão do público sobre os riscos, prevenção e tratamento da doença. Contudo, deveriam continuar em todos os meses do ano. Evitar estereótipos negativos e focar em histórias de superação e esperança também podem impactar positivamente a percepção pública. Contribuições do estudo: A publicidade desempenha um papel significativo na disseminação de informações sobre o câncer de pulmão. Campanhas educativas bem-executadas podem aumentar a conscientização sobre os riscos associados ao tabagismo e à

exposição ao fumo passivo. Isto porque a forma como o câncer de pulmão é retratado na mídia pode afetar a percepção pública, sendo essencial abordar o estigma associado à doença e promover uma compreensão mais empática dos pacientes.

Descritores: Publicidade; Publicidade direta ao consumidor; Neoplasias pulmonares.

INTRODUÇÃO

O câncer, também denominado de neoplasia maligna, constitui-se como uma das principais causas de morte nas Américas, a exemplo de 2008, que, de 1,2 milhão de mortes por câncer, 45% delas ocorreram na América Latina e no Caribe. Nesse contexto, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre as localizações, o de pulmão ocupa a primeira posição do *ranking* de casos novos (2,09 milhões) e de óbitos (1,76 milhão) (OPAS, 2020).

No Brasil, o número estimado de casos novos de câncer de traqueia, brônquios e pulmão, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 32.560 casos, sendo 18.020 casos entre os homens e 14.540 casos entre as mulheres, configurando-se como o terceiro tipo de câncer mais frequente na população masculina e o quarto na feminina (INCA, 2022). Destacam-se, portanto, os principais fatores de risco de morbidade e mortalidade mundial por câncer de pulmão: tabagismo ativo e passivo, sendo o primeiro considerado o principal fator de risco para o câncer de pulmão, com uma estimativa de 80% dos óbitos atribuídos ao consumo de tabaco. Além disso, outros fatores de risco incluem a exposição ao radônio, amianto, e alguns outros agentes causadores de câncer, como o crômio, cádmio, arsênico, radioatividade, e produtos de carvão, os quais estão associados à exploração insustentável dos recursos naturais (Huang *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, a publicidade e a propaganda têm um papel significativo na percepção pública do câncer de pulmão, principalmente devido à sua capacidade de influenciar crenças, opiniões, atitudes e comportamentos. Isto porque as mensagens publicitárias são dotadas de argumentos persuasivos que podem impactar profundamente a saúde pública de uma determinada geografia (Santana; Ferreira, 2021; Carrera; Oliveira,

2024). Por exemplo, a publicidade do tabaco, que é um fator de risco significativo para o câncer de pulmão, pode influenciar as atitudes e comportamentos das pessoas em relação ao tabagismo (Nogueira *et al.*, 2021).

Além disso, a publicidade e a propaganda também podem desempenhar um papel na disseminação de informações sobre os riscos do tabagismo e a importância da detecção precoce do câncer de pulmão. No entanto, é importante notar que a eficácia dessas campanhas pode variar dependendo de uma série de fatores, incluindo a forma como a mensagem é apresentada, o público-alvo e o contexto cultural (Santana; Ferreira, 2021). Ante o exposto, e considerando que a pesquisa sobre a relação entre publicidade, propaganda e a percepção pública do câncer de pulmão ainda é um campo emergente, com uma quantidade relativamente pequena de publicações disponíveis, este estudo teve o objetivo de analisar a influência da publicidade e propaganda na percepção pública do câncer de pulmão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, sobre a influência da publicidade e propaganda na percepção pública do câncer de pulmão. Para tanto, foram coletados três anúncios relacionados ao câncer de pulmão, em especial, campanhas de conscientização, anúncios de produtos de tabaco, bem como de tratamentos para o câncer de pulmão.

Feito isso, será realizada uma análise preliminar desses anúncios para identificar temas comuns, mensagens e estratégias de comunicação, subsidiando a formulação de hipóteses sobre como estes podem influenciar a percepção pública do câncer de pulmão.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Publicidade, Propaganda e Saúde

A publicidade e a propaganda têm um papel significativo na formação da percepção pública sobre várias questões de saúde, incluindo o câncer de pulmão. A maneira como o câncer de pulmão é retratado na mídia pode influenciar a compreensão do público sobre a doença, seus riscos e tratamentos disponíveis.

Nesse contexto, a indústria do tabaco tem uma longa história de publicidade e propaganda sofisticada. Estes anúncios frequentemente minimizam os riscos à saúde associados ao fumo e promovem uma imagem positiva do fumo. A influência desses anúncios na percepção pública do fumo e do câncer de pulmão é um tópico importante de pesquisa (Szklo *et al.*, 2020).

Por outro lado, várias organizações de saúde e governamentais conduzem campanhas de conscientização sobre o câncer de pulmão para educar o público sobre os riscos do fumo e promover a detecção precoce da doença. A eficácia dessas campanhas e seu impacto na percepção pública do câncer de pulmão também são áreas-chave de estudo, a exemplo do Agosto Branco, criado para conscientizar a população sobre a prevenção do câncer de pulmão e mobilizá-los sobre os riscos decorrentes do uso do cigarro, além de disseminar informações relativas à neoplasia (São Paulo, 2023).

Vários estudos têm investigado como a publicidade e a propaganda influenciam a percepção pública do câncer de pulmão. Estes estudos exploram questões como a eficácia das advertências de saúde nos maços de cigarros, o impacto dos anúncios anti-tabaco e a influência da mídia na percepção dos riscos do fumo (Malta *et al.*, 2021).

A revisão da literatura sugere que a publicidade e a propaganda desempenham um papel crucial na formação da percepção pública do câncer de pulmão. No entanto, mais estudos são necessários para entender melhor essas relações e desenvolver estratégias de comunicação mais eficazes para educar o público sobre os riscos do fumo e promover a detecção precoce e o tratamento do câncer de pulmão.

Teoria da Persuasão

Desenvolvida pelo psicólogo Robert Cialdini, a teoria da persuasão é um campo de estudo que se concentra em entender como as pessoas são influenciadas por argumentos e mensagens. A persuasão é uma ferramenta poderosa que pode ser usada para mudar atitudes, crenças e comportamentos (Cialdini, 2012), em muitos aspectos da vida cotidiana, incluindo marketing, vendas, política, educação e relações pessoais.

Ainda de acordo com o psicólogo, existem vários princípios fundamentais que são comumente associados à persuasão eficaz. São eles:

- Reciprocidade: quando as pessoas tendem a retribuir um favor quando algo é dado a elas primeiro.
- Escassez: quando as pessoas valorizam mais as coisas que são raras ou difíceis de obter.
- Autoridade: quando as pessoas tendem a seguir figuras de autoridade ou especialistas em um determinado campo.
- Consistência: quando as pessoas preferem ser consistentes em suas atitudes e comportamentos.
- Afinidade: quando as pessoas são mais facilmente persuadidas por pessoas que gostam ou com quem se identificam.
- Consenso social: quando as pessoas tendem a fazer o que veem outras pessoas fazendo.

Outrossim, o autor destaca também que existem várias técnicas que podem ser usadas para persuadir alguém, incluindo:

- Apelo à emoção: Usar emoções para influenciar a opinião de alguém.
- Uso de evidências: Apresentar fatos e estatísticas para apoiar um argumento.
- Contar histórias: Usar uma história envolvente para transmitir uma mensagem.
- Repetição: Repetir uma mensagem várias vezes para reforçá-la.

Teoria da Comunicação

A teoria da comunicação é um campo de estudo que analisa como a informação é transmitida de um ponto a outro, abrangendo uma variedade de METODOLOGIA de comunicação: verbal, não verbal, escrita e eletrônica (Fiske, 2010). Além disso, os principais elementos envolvidos na comunicação incluem:

- Emissor: a pessoa ou entidade que está enviando a mensagem.
- Mensagem: a informação ou ideia que está sendo transmitida.

- Canal: o meio pelo qual a mensagem é enviada (por exemplo, fala, escrita, sinal de fumaça, e-mail).
- Receptor: a pessoa ou entidade que recebe a mensagem.
- Feedback: a resposta do receptor à mensagem.

Revela-se ainda uma diversidade de modelos que tentam explicar o processo de comunicação. Entre os mais conhecidos, estão:

- Modelo de Shannon e Weaver: este é um dos primeiros e mais influentes modelos de comunicação. Ele descreve a comunicação como um processo linear, onde a informação flui em uma direção do emissor para o receptor (Shannon; Weaver, 1949).
- Modelo Interativo: este modelo adiciona o elemento de feedback ao processo de comunicação, reconhecendo que a comunicação é bidirecional (Schramm, 1954).
- Modelo Transacional: este modelo vê a comunicação como um processo contínuo e dinâmico, no qual o emissor e o receptor estão constantemente trocando papéis (Barnlund, 2008).

Ressalta-se que a teoria da comunicação é aplicada em muitos campos, incluindo relações públicas, marketing, jornalismo, psicologia, educação e tecnologia da informação. Isto porque pode ajudar a melhorar a eficácia da comunicação em uma variedade de contextos (Littlejohn; Foss, 2008), ainda que existam barreiras à comunicação, como ruído (distrações físicas ou mentais que interferem na transmissão da mensagem), diferenças culturais, preconceitos e mal-entendidos (Guo, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi analisada a campanha de conscientização sobre o câncer de pulmão, do ano de 2020, do Instituto Oncoguia (Oncoguia, 2020). Percebe-se que foi uma propaganda direcionada às pessoas diagnosticadas com neoplasia maligna pulmonar, a partir de comunicação verbal e não verbal. Além disso, as cores utilizadas abrem as portas para uma situação de calma, serenidade e perseverança para os potenciais desafios enfrentados durante o tratamento, concatenado também a uma estrutura poética na escrita.

Nessa perspectiva, a campanha em estudo é uma iniciativa relevante para disseminar informações e sensibilizar a população sobre o agravo, uma vez que aborda o câncer de pulmão, destacando sua importância e os fatores de risco associados, assim como informações sobre prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Revela-se que o impacto dessa campanha varia em efetividade, sendo o interesse público influenciado por fatores externos, como psicossociais, autoestima, gênero e discurso ideológico (Jenkins; Ford; Green, 2014).

Sabe-se que o percurso após o diagnóstico de câncer de pulmão se torna solitário pela incerteza do futuro. Nesse contexto, o Instituto Oncoguia teve a preocupação de proporcionar, através de propaganda, a proposição de um abraço amigo e acolhedor nessa trajetória. Desse modo, a possibilidade do êxito a ser atingido não está somente na estrutura da propaganda, mas também em meios de divulgação, o que parece estar restrito a profissionais de saúde que conhecem o Instituto.

Outrossim, a campanha apresentada pela Associação de Convívio com Portadores de Câncer, “Por Mais Ar Puro”, é uma iniciativa relevante para disseminar informações e sensibilizar a população sobre o câncer de pulmão. Com o objetivo de conscientizar sobre o câncer de pulmão e promover a importância de um ambiente com ar puro, a campanha aborda fatores de risco, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (Convívio, 2024).

Dado o caráter informativo da campanha supracitada, pode ou não atrair a atenção do receptor, a depender de sua abrangência, alcance e efetividade, entretanto, isso não tira o caráter da importância do conteúdo veiculado – porém, de certa forma, deve ser mais atrativa a ponto de ser replicada pelo leitor no que tange à saúde humana.

Outra campanha relevante e que chama a atenção para a importância da prevenção e conscientização sobre o câncer de pulmão é o Agosto Branco. Instituído há cinco anos, o Agosto Branco tem como objetivo destacar o tipo de câncer que mais causa mortes no mundo: o de pulmão. Nessa perspectiva, são abordados os principais fatores de risco para o câncer de pulmão, os sintomas iniciais que costumam ser silenciosos, principais formas de prevenção e riscos associados.

Em resumo, o Agosto Branco desempenha um papel fundamental na conscientização sobre o câncer de pulmão, incentivando a prevenção, o diagnóstico precoce e a busca por um estilo de vida saudável.

Acredita-se que campanhas, como o Agosto Branco, podem moldar a compreensão do público sobre os riscos, prevenção e tratamento da doença. Contudo, deveriam contínuas em todos os meses do ano. Evitar estereótipos negativos e focar em histórias de superação e esperança também podem impactar positivamente a percepção pública (Pompeu; Perez, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A publicidade desempenha um papel significativo na disseminação de informações sobre o câncer de pulmão. Campanhas educativas bem-executadas podem aumentar a conscientização sobre os riscos associados ao tabagismo e à exposição ao fumo passivo. Isto porque a forma como o câncer de pulmão é retratado na mídia pode afetar a percepção pública, sendo essencial abordar o estigma associado à doença e promover uma compreensão mais empática dos pacientes.

Para tanto, anunciantes e profissionais de marketing devem considerar a ética ao promover produtos relacionados ao tabaco ou outros fatores de risco para o câncer de pulmão. Outrossim, a publicidade deve equilibrar informações precisas sobre o câncer de pulmão com a necessidade de atrair a atenção do público, evitando sensacionalismo e focando em mensagens educativas.

REFERÊNCIAS

Barnlund, D. C. **A transactional model of communication**. Piscataway: Transaction Publishers, 2008.

Carrera, F.; Oliveira, T. M. Performance e teatralidade na publicidade pervasiva: análise dos cases Skyfall e Fantastic Delites. **Intexto**, n. 30, pp.184-201, 2014.

Cialdini, R. B. **As armas da persuasão**. Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

Convívio. **Agosto: mês de conscientização e combate ao câncer de pulmão**. Curvelo: Convívio, 2024. Disponível em: <https://convivio.org.br/agosto-mes-de-conscientizacao-e-combate-ao-cancer-de-pulmao/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

Fiske, J. **Introduction to communication studies**. Abingdon: Routledge, 2010.

Guo, K. L. **Barreiras à comunicação eficaz em uma visão internacional sobre a educação de jovens adolescentes**. Charlotte: Information Age Publishing, 2005.

Huang, J. *et al.* Distribution, risk factors, and temporal trends for lung cancer incidence and mortality: global analysis. **Chest**, v. 161, n. 4, p. 1101-1111, 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estatísticas de Câncer**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. Acesso em: 09 fev. 2024.

Jenkins, H.; Ford, S.; Green, J. **Cultura da conexão: criando valor e significado por meio da mídia propagável**. São Paulo: Aleph, 2014.

Littlejohn, S. W.; Foss, K. A. **Teorias da comunicação humana**. Long Grove: Waveland Press, 2008.

Malta, D. C. *et al.* Uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco no Brasil: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210006, 2021.

Nogueira, J. F. *et al.* Perfil epidemiológico do câncer de pulmão no Brasil entre os anos de 2013 e 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, e203101623566, 2021.

Oncoguia. **Oncoguia lança campanha sobre câncer de pulmão**. São Paulo: Oncoguia, 2020. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/oncoguia-lanca-campanha-sobre-cancer-de-pulmao/13854/8/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Câncer**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 09 fev. 2024.

Pompeu, B.; Perez, C. As contribuições da publicidade de causa na construção de um novo lugar para o consumo. **Mídia e Cotidiano**, v. 14, n. 3, p. 262-282, 5 set. 2020.

Santana, D. O.; Ferreira, R. C. A pesquisa sobre publicidade e propaganda em saúde pública na Scielo. **Revista Interamericana de Comunicação Midiática**, v. 20, n. 44, 2021.

São Paulo. Câmara Municipal de São Paulo. **Agosto Branco alerta para a prevenção do câncer de pulmão.** 2023. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/blog/agosto-branco-alerta-para-a-prevencao-do-cancer-de-pulmao/>. Acesso em: 08 fev. 2024.

Schramm, W. **Como a comunicação funciona no processo e efeitos da comunicação.** Illinois: University of Illinois Press, 1954.

Shannon, C. E.; Weaver, W. A teoria matemática da comunicação. Illinois: University of Illinois Press, 1949.

Szklo, A. S. *et al.* Interferência da indústria do tabaco no Brasil: a necessidade do ajuste de contas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 2, e11878, 2020.

ORGANIZADORES

Maridalva Ramos Leite

Docente da Universidade do Estado do Pará e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Pós Graduação do Curso de Graduação em Enfermagem

Maria Liracy Batista de Souza

Docente da Universidade do Estado do Pará e Coordenadora de Curso de Graduação em Enfermagem

Bruna Rafaela Leite Dias

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Ricardo Luiz Saldanha da Silva

Enfermeiro Residente da Universidade Federal do Pará

Breno Augusto Silva Duarte

Enfermeiro Mestrando da Universidade do Estado do Pará

AUTORES

Abigail Moutinho Magalhães

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Alzira Almeida de Araujo

Doutoranda em Ciências Ambientais, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Amauri Miranda Esteves

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Anderson Bentes de Lima

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Aldus Artur Brito dos Santos

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Aline Fernanda Pereira da Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Ana Paula Rodrigues Pereira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Arley de Souza

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Armando Martins Alves

Enfermeiro, Faculdade Paraense de Ensino (FAPEN)

Bruna Rafaela Leite Dias

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Bruna Carolina Pessoa de Oliveira

Acadêmica de Curso de Especialização, DNA Pós-Graduação

Beatriz Veloso Lopes

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruna Garcia de Moraes

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruna Jaqueline Ribeiro Lima

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Bruno Eduardo Godinho Teixeira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Camila Lima Soares

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Caroline Mira Freire

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Dândara Lanara Sousa Cordeiro

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Danielle Vidal Correa

Débora de Cássia Quaresma Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Dyekson Leão dos Santos

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Erlon Gabriel Rego de Andrade

Doutorando em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Evelyn Rafaela Almeida dos Santos

Residente em Enfermagem, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Felipe Costa Soares

Mestrando em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Franciane de Paula Fernandes

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Gabriela Galvão da Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gabrielly Bezerra Diniz

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gracis Roberto Lima Da Silva Neto

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Gustavo Oliveira Pimentel

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Hannah Carolyne Pires Freire

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Ivonete Vieira Pereira Peixoto

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Jaqueline Ferreira de Oliveira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Jefferson Jorge Magalhães Tavares

Acadêmico de Especialização em Microbiologia Avançada, Instituto Navigare

João Lopes de Almeida

Enfermeiro, Centro Universitário Vale do Salgado

João Marcos Almeida da Karla

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

João Ricardo de Melo Medeiros

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

João Victor Lobo Oliveira Pereira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Joyce da Conceição Vasconcelos

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

João Paulo Xavier Silva

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

José Augusto Carvalho de Araújo

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Karina Sebastiane Prestes dos Santos

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Karine Leite Rocha

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Karoline da Silva Brito

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Leandro Marques Dias

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Leticia Cardoso Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Lidiane Assunção de Vasconcelos

Enfermeira do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará

Lilia Pimenta de Moraes

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Lívia de Aguiar Valentim

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Margarete Carréra Bittencourt

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Margarete Feio Boulhosa

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa

Enfermeira, Especialista em Obstetrícia Universidade Federal do Pará (UFPA)

Maria da Conceição Nascimento Freitas

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Maria do Perpétuo Socorro Sampaio Medeiros

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Maria Tereza Sanches Figueiredo

Enfermeira, Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

Maridalva Ramos Leite

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Marcos de Jesus Cardoso Ferreira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Marcos Henrique dias da Costa

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Maria Beatriz Cardoso Gonçalves

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Mauricio das Neves Pereira

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Micheli Mayara Souza Barros

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Noemy Thayane Duarte da Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Patrícia Amaral Lopes

Especialista em Terapia Intensiva, Universidade Paulista (UNIP)

Paulo Gustavo Colorado de Jesus Paiva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Pedro Henrique da Costa Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Raiane Bacelar dos Anjos

Residente da Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Regina Ribeiro Cunha

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Ricardo Luiz Saldanha da Silva

Residente em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA)

Samantha Pereira Caldas

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Sheyla Mara Silva de Oliveira

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Tatiana Menezes Noronha Panzetti

Docente da Universidade do Estado do Pará do Curso de Graduação em Enfermagem

Taís Oliveira da Silva

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Thayse do Rosário Almeida

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

Thalita de Lourdes Ribeiro Fernandes da Silva

Mestre em Enfermagem, Universidade Federal do Pará

William Dias Borges

Doutorando em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Yasmin Amorim Campelo

Discente de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará

