

Enfermagem: arte ou ciência do cuidar?

Wender Antônio de Oliveira¹

¹Enfermeiro. Pós-Doutor em Educação na Unversid de Flores-UFLO, Buenos Aires/Argentina. Coordenador do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC – DF). Docente do curso de Enfermagem na Faculdade IESGO – GO. Membro da CTA – Coren – DF.

O cuidado humano, a partir do processo de profissionalização da enfermagem, tornou-se, gradativamente, uma ciência que, mesmo estrategicamente consolidada sob a supremacia do saber intelectual médico, historicamente assegurado e mediado por políticas públicas e sob o poder do Estado, um assunto internacionalmente pesquisado¹.

A enfermagem passou a ser a detentora legítima de tal conhecimento, assumindo e/ou buscando exercê-lo por meio de um saber de dimensões técnico-científicas e filosóficas. Trata-se de uma profissão social e legalmente reproduzida, fundamentada em quesitos éticos para e com a vida, munida ainda de significado estético de educar para a arte do cuidar do ser humano¹. Esse conhecimento estético envolve o entendimento do significado objetivo, único e particular do que se denomina de arte/ato¹.

Nesse bojo, inclui-se a empatia e uma precisa percepção, que resulta da experiência traduzida em um movimento para além dos limites e circunstâncias de um momento particular. É expressada por meio de ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações da enfermagem em resposta a outros. Produzida e organizada com tais características, o cuidado na enfermagem é reconhecido como uma atividade simbolicamente representada pelas mulheres¹.

Quando fala sobre a enfermagem como ciência do cuidar, a enfermagem pode ser encarada como um corpo cumulativo de conhecimentos científicos, derivado de ciências físicas, biológicas e de comportamento². Tal visão mostra as influências da enfermagem e sua definição submetidas a um saber “emprestado” de outras disciplinas, como a médica, psicológica, de saúde pública e da sociologia². Aponta que a ciência de enfermagem, quando se manifesta para atender às variações distintas cujos fenômenos da enfermagem são submetidos, faz uso da arte da enfermagem².

Ao tratar, então, sobre a enfermagem como arte, aponta que essa arte ocorre quando se faz a aplicação prática da ciência da enfermagem, isto é, avaliando o contexto e relação com o paciente, quando o profissional opta pela melhor base de

Editorial

ação a fim de realizar os cuidados de enfermagem na situação específica². Acredita que a enfermagem encarada como arte pode remeter à tecnologia, pois, no debate de matriz aristotélica, a arte era compreendida como “*técne*”, não no sentido que se conhece no presente, o artístico, mas como uma atividade prática, uma vez que arte e técnica eram encaradas como sinônimos².

Se a ciência é feita por meio de teoria e método, o cuidado da enfermagem se faz por meio da arte e da ciência e, dessa forma, requer considerar que o sentido dessa ciência reside na prática, no espaço de exercício da arte, no campo de aplicação de seus conhecimentos³. Assim, as ocorrências da trajetória da enfermagem no campo da ciência apontam as formas como enfermeiros e intelectuais desenvolvem a ciência da enfermagem ao alcance de *status* no campo das ciências³.

Nesse processo, constrói-se e reconstrói-se o conhecimento, a pesquisa torna-se crucial, a fim de possibilitar a elaboração e reelaboração dos saberes necessários para calcar a ciência. Na enfermagem, a arte se torna aplicada à pesquisa, que assume grande importância no processo de revisão, proposição e testagem de conceitos, significados, teorias, modelos e processos de cuidar, afirmando e reafirmando a arte e construindo e reconstruindo a ciência do cuidado.

A perspectiva tradicional cartesiana de que somente a ciência é soberana na compreensão do sujeito em seu processo de saúde-doença, contribuiu especialmente para que a enfermagem desse prioridade ao cuidado técnico – na qualidade de ciência – em detrimento do cuidado humano – que consiste na arte⁴. Uma das premissas intelectuais utilizadas para a não abordagem desse assunto, consiste na alegação de que há uma segregação entre arte e ciência, sendo que uma aponta para a criatividade e expressividade do ser humano e a outra se direciona para a racionalidade⁴.

Logo, não há estímulo à criatividade, mas sim para o improviso, não há espaço para a integração, mas sim para as normas. O fazer com prazer tornou-se algo utópico e o alcance da criatividade, algo fantástico. A arte, mais que urgentemente deve ser entendida em sua finalidade, mesmo que sejam considerados valores simbólicos, individuais ou coletivos das formas distintas, uma vez que nela reside a essência, imanência e transcendência do cuidado da enfermagem⁴.

Então, os saberes mobilizados pela enfermagem envolvem o saber empírico, ou a ciência da enfermagem, o saber do domínio do conhecimento científico, o saber ético, saber pessoal, o saber estético ou a arte da enfermagem⁵. Esses mobilizam no enfermeiro um conjunto de competências, como a cognitiva – que trata do raciocínio lógico, a iniciativa para resolver problemas, etc.; as competências afetivas – que para

sobre a arte do cuidar; e as competências estéticas e reflexivas – que envolvem o conhecimento de si e a transferência para situações⁵.

Finalmente, o enfermeiro deve entender que a enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, não isoladamente, não um ou outro, mas em conjunto⁶. Algo imprescindível à preservação da vida das pessoas. Essa profissão é única, ao passo em que se dedica humana e holisticamente ao atendimento das necessidades básicas do ser humano, dos pacientes e familiares, no enfrentamento de problemas de saúde reais e potenciais, com autonomia e considerando suas competências.

REFERÊNCIAS

1. MENDES, V. S. A aprendizagem da arte e ciência do cuidar em enfermagem na UFMT: uma abordagem étnico-racial. Cuiabá: UFMT, 2015. (Dissertação de mestrado).
2. LACERDA, M. R. Enfermagem: uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 2, p. 207-216, abr./jun., 1998.
3. FERREIRA, M. A. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. Esc Anna Nery (impr.) 2011 out -dez; 15 (4):664-666.
4. SILVA, L. W. S.; et al. Arte enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. Texto Contexto Enferm 2005 Jan-Mar; 14(1):120-3.
5. SERRANO, M. T. P.; et al. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Rev. Enfermagem Referência, III Série - n.º 3 - Mar. 2011, p.15-23.
6. CHRIZOSTIMO, M. M.; et al. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schutz. Ciencia y Enfermería XV (3): 21-28, 2009.

Perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na Atenção Básica.

Daylane Fernandes da Silva¹; Núbia Costa de Sousa Araújo², Everton Aurélio Dias Campos³

¹Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: daylane.fernandes@hotmail.com

²Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: nubia.costa21@yahoo.com

³Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: everton13@gmail.com

RESUMO

O Governo Federal criou o programa HiperDia, que a partir da análise de dados do Programa, pode-se definir um perfil epidemiológico da população e, conseqüentemente, desenvolver políticas públicas de saúde que levem a melhoria da qualidade de vida dos usuários, com isso o trabalho objetiva analisar o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia. O estudo foi do tipo transversal, a coleta de dados foi através da análise dos dados secundários de fichas e prontuários de pacientes hipertensos e diabéticos pertencentes ao Sistema HiperDia cadastrados no Centro de Saúde do Distrito Federal. Os resultados encontrados foram predominância do sexo feminino; faixa etária de 61 a 80 anos; pardos, seguido por negros; casados; baixo nível de escolaridade; baixa ocorrência de tabagismo e prática de exercício físico; e alta ocorrência de sobrepeso e obesidade. Conclui-se que o estudo contribua para implantação de políticas e estratégias que colaborem com o controle, a redução das prevalências dessas patologias e ao preenchimento completo de informações nas fichas do sistema HiperDia.

Descritores: Hipertensão; diabetes mellitus; atenção primária à saúde; saúde da família.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, com grande predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer e as doenças cardiovasculares. Enquanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças

Artigo Original

cardiovasculares acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos, o Diabetes Mellitus (DM) também se configura como uma epidemia mundial, com alta morbimortalidade, sendo a prevenção e controle destas enfermidades um grande desafio para saúde pública. ⁽¹⁻³⁾

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do DM e HAS. Diante disso, o Governo Federal viu a necessidade de criar um programa de cadastramento e acompanhamento de pessoas hipertensas e diabéticas, com a garantia de distribuição dos medicamentos básicos na rede pública, o que foi realizado por meio da Portaria GM nº 371/2002 que institucionalizou o Programa HiperDia. Este Programa permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e/ou DM captados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, permite o monitoramento e gera informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada. ⁽¹⁻⁵⁾

Por conseguinte, a partir da análise de dados do Programa HiperDia, pode-se definir um perfil epidemiológico da população e, conseqüentemente, desenvolver políticas públicas de saúde que levem a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, pois possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças. ^(4,6)

Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM encontra-se na ESF, definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. A abordagem ao usuário é multiprofissional e interdisciplinar, na qual cada profissional realiza sua avaliação e posteriormente, em conjunto, são traçadas as metas e desenvolvidas as ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da saúde. ^(7,8)

Nesta perspectiva, a equipe de Saúde da Família sistematiza a assistência e organiza o atendimento, de modo a que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou antidiabéticos, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo. No caso da HAS e do DM, esta interação é fundamental para que as atividades possam ocorrer de forma

Artigo Original

integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na realização da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas e atendimento aos usuários. ^(7,8)

As complicações decorrentes da HAS e DM devem ser evitadas ao máximo, para que a dependência, especialmente a física, e as incapacidades manifestadas não venham a comprometer excessivamente as atividades de vida diária dos acometidos por essas doenças. Deste modo, é preciso encontrar estratégias que aumentem o envolvimento das pessoas com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida saudável. ⁽⁹⁾

Justifica-se esse estudo devido à importância epidemiológica da HAS e do DM, a valia de cada membro da equipe de saúde no contexto do cuidado e a melhora na assistência aos usuários devido ao atendimento multiprofissional, pois cabe aos profissionais de saúde rastrear os fatores de risco, orientar e realizar a prevenção, o diagnóstico e tratamento precoce. Assim este trabalho objetiva analisar o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia, de uma unidade básica de atendimento à saúde de Brasília, no Distrito Federal.

METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, a coleta de dados foi através da análise dos dados secundários de fichas e prontuários de pacientes hipertensos e diabéticos pertencentes ao Sistema HiperDia cadastrados de fevereiro de 2010 até junho de 2016 pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) número 13 pertencentes ao Centro de Saúde do Gama nº1 (CSG nº 1). O período de coleta dos dados foi de junho a julho de 2016. A escolha dessa unidade para a realização do estudo deve-se ao fato de a mesma ter vínculo com a Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. As fichas dos usuários analisados pertenciam à população de abrangência do CSG nº 1, onde atua a equipe 13. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário, onde constaram informações referentes a medidas antropométricas e sóciodemográficas. Este questionário foi elaborado com base na ficha de cadastro do Sistema HiperDia e preenchido a partir dos dados secundários da segunda via da ficha do cadastro do Sistema HiperDia e de prontuários, que ficam arquivados na CSG correspondente.

Além da análise do estado nutricional dos usuários foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos mesmos. As variáveis coletadas e analisadas foram: sexo, idade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, tabagismo,

sedentarismo, DM, HAS, tipo de tratamento e medidas antropométricas de peso e altura.

Com as variáveis antropométricas, realizou-se o diagnóstico do estado nutricional. Através do Índice de Massa Corpórea (IMC), que é obtido dividindo-se o peso (em kg) pela altura (em m) ao quadrado. Este IMC é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), com pontos de corte próprios para o idoso. A classificação utilizada para idoso foi a seguinte: IMC ≤ 22 (baixo peso), IMC $>22 < 27$ (eutrófico) e IMC ≥ 27 Kg/m² (sobrepeso).⁽¹⁰⁾

Após a coleta dos dados, os questionários foram analisados e interpretados de forma quantitativa, mediante as respostas obtidas, os mesmos foram lidos e com base nos dados elaboraram-se tabelas a partir dos recursos dos programas Microsoft Office (Word e Excel).

O estudo foi submetido ao Comitê de ética e Pesquisa da FACIPLAC e aprovado sob protocolo n^o.1.798306, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 do CNS.⁽¹¹⁾

RESULTADOS

Foram analisados 50 prontuários e os resultados são mostrados na Tabela 1. Ela mostra que os pacientes deste estudo são do sexo masculino e feminino, com predominância de 32 (64%) clientes do sexo feminino, 18 (36%) são do sexo masculino. Os mesmos estão na faixa etária entre 35 e 85 anos de idade, sendo que 33 (66%) deles estão entre 61 a 80 anos, 12 (24%) tem entre 41 a 60 anos. Nos prontuários de 20 (40%) deles não consta estado civil, mas 18 (36%) dos pacientes são casados. A respeito da escolaridade, ressaltou-se que 28 (56%) deles não consta escolaridade, porém a escolaridade de predominância é o ensino fundamental incompleto (20%). Observou-se também que 25 (50%) deles não consta a raça/cor da pele, porém 15 (30%) deles são pardos.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos pacientes hipertensos e diabéticos.
Brasília – DF, 2016.

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------|----|-----|
| Sexo | | |
| Feminino | 32 | 64% |
| Masculino | 18 | 36% |
| Idade | | |
| 35 a 40 anos | 1 | 2% |
| 41 a 60 anos | 12 | 24% |
| 61 a 80 anos | 33 | 66% |
| 81 a 85 anos | 4 | 8% |
| Estado Civil | | |
| União estável | 5 | 10% |
| Solteira(o) | 7 | 14% |
| Casada(o) | 18 | 36% |
| Não Consta | 20 | 40% |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto | 10 | 20% |
| Ensino fundamental completo | 3 | 6% |
| Ensino médio incompleto | 1 | 2% |
| Ensino médio completo | 5 | 10% |
| Não alfabetizado | 3 | 6% |
| Não consta | 28 | 56% |
| Raça/ cor da pele | | |
| Parda | 15 | 30% |
| Branca | 4 | 8% |
| Amarela | 1 | 2% |
| Negra | 5 | 10% |
| Não Consta | 25 | 50% |

Observa-se na Tabela 2 que 17 (34%) dos pacientes tem entre 61 e 70,9 kg, seguido de 13 (26%) clientes com 81kg - 120kg. Conforme a estatura, 21 (42%) tem altura entre 1,40- 1,60m, 17 (34%) tem altura de 1,61m - 1,70m. A respeito do IMC 18 (36%) possuem IMC entre 25 e 29,99, 15 (30%) tem IMC entre 30 e 34,99, 4 (8%) estão entre 35 e 39,99 e 2 (4%) com IMC acima de 40. Segundo o típico físico 21 (41%) são obesos, seguidos de 18 (36%) com sobrepeso, 7 (14%) não consta e apenas 4 (8%) tem o tipo físico adequado.

Tabela 2- Apresentação dos dados clínicos dos pacientes hipertensos e diabéticos.
Brasília – DF, 2016.

| Variáveis | N | % |
|--------------------|----|-----|
| Peso | | |
| 40kg - 60,9kg | 7 | 14% |
| 61kg - 70,9kg | 17 | 34% |
| 71kg - 80,9kg | 12 | 24% |
| 81kg - 120kg | 13 | 26% |
| Não Consta | 1 | 2% |
| Altura | | |
| 1,40m - 1,60m | 21 | 42% |
| 1,61m - 1,70m | 17 | 34% |
| 1,71m - 1,80m | 5 | 10% |
| 1,81m - 2,0m | 0 | 0% |
| Não Consta | 7 | 14% |
| IMC | | |
| Abaixo 17 | 0 | 0% |
| Entre 17 e 18,49 | 0 | 0% |
| Entre 18,5 e 24,99 | 4 | 8% |
| Entre 25 e 29,99 | 18 | 36% |
| Entre 30 e 34,99 | 15 | 30% |
| Entre 35 e 39,99 | 4 | 8% |
| Acima de 40 | 2 | 4% |
| Não Consta | 7 | 14% |
| Tipo Físico | | |
| Adequado | 4 | 8% |
| Sobrepeso | 18 | 36% |
| Obeso | 21 | 42% |
| Não Consta | 7 | 14% |

Conforme a Tabela 3 abaixo, dos pacientes analisados 48 (96%) são hipertensos, 1 (2%) não consta dados sobre hipertensão, 1 (2%) não é hipertenso. A respeito da diabetes, 24 (48%) são diabéticos, 22 (44%) não são diabéticos. Observa-se que 30 (60%) não são tabagistas, 5 (10%) usam tabaco. Ressalta-se que 33 (66%) são sedentários, 8 (16%) praticam algum tipo de exercício físico. Relacionado ao tratamento, verificou-se que 49 (98%) realizam tratamento medicamentoso e 1 (2%) não consta nenhum tipo de tratamento.

Tabela 3- Apresentação do perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos. Brasília – DF, 2016.

| Variáveis | N | % |
|-------------------|----------|----------|
| Hipertenso | | |
| Sim | 48 | 96% |
| Não | 1 | 2% |
| Não Consta | 1 | 2% |
| Diabético | | |
| Não | 22 | 44% |
| Sim | 24 | 48% |
| Não Consta | 4 | 8% |
| Tabagista | | |
| Sim | 5 | 10% |
| Não | 30 | 60% |
| Não Consta | 15 | 30% |
| Sedentário | | |
| Sim | 33 | 66% |
| Não | 8 | 16% |
| Não Consta | 9 | 18% |
| Tratamento | | |
| Medicamentoso | 49 | 98% |
| Não-medicamentoso | 0 | 0% |
| Não Consta | 1 | 2% |

DISCUSSÃO

Refletindo sobre o contexto geral do tema proposto para este trabalho, buscou-se saber o perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos da equipe 13 do CSG nº 1. Os pacientes participantes deste estudo são do sexo feminino e masculino, com faixa etária entre 35 e 85 anos.

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à utilização de dados secundários, pois estes, muitas vezes, foram de difícil interpretação devido a problemas no preenchimento da ficha de cadastramento no sistema HiperDia, tais como, dados ilegíveis e informações incompletas. Foram encontrados elevados percentuais de incompletude para alguns dos campos, como estado civil, escolaridade, raça/cor da pele, altura, tabagismo e sedentarismo.

Com base nos resultados, verificou-se maior frequência do sexo feminino (64%), observado também nos dados publicados no site do DATASUS. Este fato pode demonstrar que esta população tem mais acesso aos serviços de saúde do que os homens, geralmente procurando o atendimento de forma espontânea. Além disso, as

Artigo Original

mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde, devido a suas diferenças biológicas e de atitude em relação a doenças. ^(12,14,15)

A faixa etária predominante são idades entre 61 e 80 anos, com 33 pacientes (66%), o que vai ao encontro da situação das doenças crônicas não transmissíveis no país. A HAS e o DM têm sua prevalência aumentada em indivíduos acima dos cinquenta anos de idade, além disso, deve-se considerar o envelhecimento populacional brasileiro. ^(2,12,13)

No que se refere à situação conjugal, a maioria dos idosos são casados (38%), enquanto 40% não constam estado civil. Nesse estudo encontrou-se uma estreita relação do sucesso terapêutico com o apoio familiar. ⁽¹⁶⁾

Em tratamento do nível de escolaridade, verifica-se que vinte e oito (56%) não constam escolaridade, mas dez deles tem ensino fundamental completo (20%). E isso é um fator preocupante devido serem pacientes crônicos que necessitam manter um nível de cuidado elaborado em relação a medicamentos e restrições alimentares. ⁽¹⁷⁾

De acordo com alguns autores, o conhecimento do nível de escolaridade dos cadastrados no HiperDia pode vir a contribuir no planejamento das atividades de educação para o cuidado individual e familiar, especialmente auxiliando numa melhora da qualidade de vida. Porém a baixa escolaridade dificulta o processo de ensino aprendizagem, sendo que estes indivíduos necessitam de atenção especial e adequação das ações educativas do profissional de saúde para que haja melhor compreensão dos cuidados necessários para o controle da doença crônica e a prevenção de complicações. Acredita-se que a co-responsabilização pelo tratamento da doença entre o usuário e a equipe de saúde, assim como a maior frequência nas interações entre estes sujeitos, proporciona a superação das dificuldades relacionadas à manutenção dos hábitos necessários para o controle da doença. ^(17,18)

Neste estudo foram encontrados vinte (50%) pacientes que não constam a raça/cor da pele, porém quinze (30%) deles são pardos e somente cinco (10%) são negros. Quanto à raça, alguns estudos relatam que a prevalência de HAS é duas vezes maior em negros e pardos do que em brancos. Só que em outros estudos verifica-se um maior número de pardos e mestiços com a doença, o que pode ser explicado pelo alto grau de miscigenação na região onde o mesmo foi realizado. ^(19,20)

Nos prontuários, 34% dos pacientes têm entre 61 e 70,9 kg, 42% tem altura entre 1,40- 1,60m. A avaliação do estado nutricional por meio do IMC mostrou a prevalência de sobrepeso (38%) e obesidade (42%) entre os pacientes. Valores próximos foram encontrados no estudo que também avaliou o estado nutricional de idosos, além da prevalência de doenças crônicas. ⁽²¹⁾

Artigo Original

Valores elevados de IMC podem resultar em maiores chances de acometimentos para doenças cardiovasculares, sendo assim, aponta-se a necessidade de intervenções mais específicas realizadas por equipe multidisciplinar nos Centros de Saúde, como parte do sucesso no controle do excesso de peso. ^(21,22)

Dos pacientes analisados 96% são hipertensos, 48% são diabéticos, 66% são sedentários e 98% realizam tratamento medicamentoso.

Os fatores relacionados aos hábitos de vida, como a obesidade e o sedentarismo, têm influência direta no estabelecimento e no controle da hipertensão e do diabetes, e têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade prematura. Sendo que a justificativa dos pacientes para a não execução de exercício físico, em geral, foi a falta de disposição e de tempo devido ao trabalho e, ainda, a idade avançada. ^(19,23)

O tabagismo não está presente em grande proporção no estudo de Mano e Pierin com hipertensos e diabéticos, bem como no estudo em questão, pois 60% não são tabagistas. Quanto aos hábitos dos indivíduos, podem-se mencionar o tabagismo e o etilismo como dois fatores de risco com grande influência no desenvolvimento da HAS e no aumento do risco de morte cardiovascular. Além disso, o uso de cigarros e álcool pelos hipertensos causa tolerância à ação anti-hipertensiva dos medicamentos. ^(19,24)

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes foi caracterizado por: predominância do sexo feminino; faixa etária de 61 a 80 anos; pardos, seguido por negros; casados; baixo nível de escolaridade; baixa ocorrência de tabagismo e prática de exercício físico; e alta ocorrência de sobrepeso e obesidade.

Os resultados encontrados mostraram que o sistema HiperDia, no CSG em estudo, possui uma boa completude na maioria das variáveis analisadas. Como limitações do estudo, devido à falta de informações nas fichas dos pacientes.

Espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para que sejam implantadas políticas e estratégias que colaborem com o controle, a redução das prevalências dessas patologias e ao preenchimento completo de informações nas fichas do sistema HiperDia. Então, cabe aos profissionais de saúde rastrear os fatores de risco, priorizando a prevenção e o tratamento precoce.

A intervenção no acompanhamento e no tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos, através da formação de grupos para ação educativa, acompanhamento

regular, garantia de entrega de medicação e atendimento de intercorrências, pela equipe multidisciplinar, contribui para uma melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

Por isso é necessário realizar estudos que buscam descrever essa população devido às complicações agudas e crônicas decorrentes da HAS e DM, que representam um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Vila-nova, RS. Coordenação Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção a Saúde. 2016 [acesso em: 06 abr 2016]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/apresentacao.asp>.
2. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão [Internet] 2010 [acesso em: 06 abr 2016]; 17(1):1-69. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras de Cardiol. 2005;84 (1): 1-28.
4. Secretaria Municipal de Saúde de Jaguarão. Programa HiperDia. [Internet] 2010 [acesso em: 06 abr 2016]. Disponível em: http://www.jaguarao.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=208:programa-hiperdia&catid=42:acoes-&Itemid=58.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de operação. HiperDia - Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
6. Filha FSSC, Nogueira LT, Viana LMM. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. Rev Rene. Fortaleza. 2011; 12(n. esp.):930-6.
7. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enferm. 2005; 13(6):1027-34.
8. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann A. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. Rev Rene. 2007; 8(2):50-9.
9. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. Rev Rene. 2010;11(1):76-85.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde 2006:8.
11. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.
12. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. SisHiperDia [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2016 maio]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>.
13. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes *mellitus*: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2008 [citado 2010 mar 20];16(2):168-73.
14. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. Rev. Brasileira de Hipertensão. 2007; 14(2): 84-88.
15. Machado JS, Souza VV, Silva SO, Frank AA, Soares EA. Perfil nutricional e funcional de idosos atendidos em um ambulatório de Nutrição da Policlínica José Paranhos Fontenelle na cidade do Rio de Janeiro. Estud. interdiscip. envelhec. Porto Alegre. 2006;10: 57-73.
16. Campos FG, Barroso LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et.al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009, jan. 25(1):77-86.
17. Morais GFC, Soares MJGO, Costa MML, Santos IBC. O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. Rev Enferm UERJ. 2009;17(2):240-5.

Artigo Original

18. Laurindo MC, Recco DC, Roberti DB, Rodrigues CDS. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(2):80-4.
19. Dias EM *et. al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrados na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém – PA. *Rev Med (São Paulo)*. 2009 jul.-dez.;88(3/4):191-8.
20. Laguardia J. Raça, genética e hipertensão: nova genética ou velha eugenia? *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*. 2005; 12(2):371-393.
21. Bueno JM, Martino HSD, Fernandes MFS, Martino, HSD, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2008, 13(4):1237 – 46.
22. Ferreira Alves CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do Sistema HiperDia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabolismo*, 2009, 53(1):80-6.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Obesity: halting the epidemic by making health easier: at a glance 2009. Atlanta; 2009 [citada 2016 mai 29]. Available from: <http://www.cdc.gov/chronic disease/resources/publications/AAG/obesity.htm>.
24. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):269-75.

Assistência de enfermagem na unidade básica de saúde na doença hipertensiva específica na gestação

Daylane Fernandes da Silva¹; Érica Gomes de Jesus²; Lídia Câmara Peres³

¹Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: daylane.fernandes@hotmail.com

²Acadêmica de enfermagem. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: ericaten10west@hotmail.com

³Enfermeira obstetra. Mestre em gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central. E-mail: enfermeiralidia@gmail.com

RESUMO

A Doença Hipertensiva Específica na Gestação (DHEG) é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação, estendendo-se até o puerpério, de 6 a 12 semanas após o parto. O enfermeiro é o mais hábil profissional para identificar, fazer os primeiros atendimentos e o encaminhamento para o acompanhamento de gestantes de alto risco. O trabalho objetivou descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as gestantes com suspeita de DHEG na Unidade Básica de Saúde (UBS). Trata-se de um estudo descritivo de cunho exploratório com abordagem quanti-qualitativa, onde foi utilizado um questionário com os profissionais de enfermagem que realizavam pré-natal na UBS. Os resultados mostraram que há necessidade de atualização de conhecimentos sobre o atendimento dessas mulheres por parte dos profissionais. As participantes apresentaram respostas repletas de vivências profissionais ocorridas durante o período de atendimento as essas gestantes. Conclui-se que a maioria das participantes da pesquisa dava uma assistência adequada frente a gestante com suspeita de DHEG, porém insuficiente, pois as orientações sobre a patologia eram superficiais, além da pouca preocupação com bem estar fetal.

Descritores: Hipertensão gestacional, Gestantes, Assistência pré-natal, Enfermagem.

ABSTRACT

Hypertensive Disease Specifies the Pregnancy (HDP) is an obstetric pathology that arises after the twentieth week of gestation, extending to the puerperium from 6 to 12 weeks postpartum. The nurse is the most skilled professional to identify, make the first visits and the referral for follow-up of high-risk pregnant women. This study aimed to describe the knowledge of nursing professionals about pregnant women with suspected HDP in the Basic Health Unit (UBS). This is a descriptive exploratory study with a quantitative-qualitative approach, in which a questionnaire was used with the nursing professionals who performed prenatal care at the UBS. The results showed that there is a need to update knowledge about the care of these women by professionals. The participants presented answers full of professional experiences that occurred during the period of care of these pregnant women. It was concluded that the majority of the participants gave adequate care to the pregnant woman with a suspicion

of HDP, but incomplete, since the guidelines on the pathology were superficial, in addition to the little concern with fetal well-being.

Descriptors: Hypertension, Pregnancy-Induced, Prenatal Care, Nursing.

INTRODUÇÃO

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação. Caracteriza-se pela tríade: hipertensão arterial, edema e/ou proteinúria, podendo culminar com convulsões e coma, sendo mais frequente no terceiro trimestre gestacional, estendendo-se até o puerpério, de 6 a 12 semanas após o parto⁽¹⁾.

O conhecimento científico referente a essa patologia é de grande importância aos profissionais de enfermagem, pois é este que vai padronizar condutas que auxiliam no raciocínio e na tomada de decisões no atendimento da gestante e assim prestar uma assistência mais rápida e eficaz. Portanto, vai estabelecer novos cuidados às clientes predispostas a desenvolver tal patologia, como também intervindo de maneira preventiva, favorecendo uma gestação mais saudável e contribuindo para uma melhor qualidade de vida da gestante e conseqüentemente do neonato⁽²⁾.

A DHEG é uma das mais comuns, importantes e sérias complicações do ciclo gravídico puerperal, caracterizada por vasoespasmos generalizados, retenção de sódio e lesão renal, e de maior morbimortalidade materna e perinatal. Embora existam grandes variações na literatura, a incidência da DHEG atinge de 6 a 8% das gestações, sendo de grande relevância a identificação dos sinais e sintomas e atuação da equipe de saúde visando à prevenção de complicações. Desta forma, a assistência no pré-natal (PN) precisa ser de qualidade, já que este quadro clínico apresenta gravidade de intensidade variável^(3,4).

Completando a ideia acima, essas gestantes devem ser bem orientadas quanto às possíveis intercorrências e cuidados necessários, além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde. O enfermeiro é um dos profissionais mais hábeis para identificar, realizar o primeiro atendimento e o encaminhamento para gestantes fazerem o acompanhamento de alto risco^(5,6).

Esse estudo justifica-se devido à importância do conhecimento do enfermeiro, juntamente com uma equipe multidisciplinar para prestar todos os cuidados requeridos por uma gravidez, que contribuem muito para a detecção precoce da hipertensão gestacional, garantindo um acompanhamento adequado e proporcionando a melhoria da qualidade de vida às grávidas e ao neonato. Assim, o objetivo geral desse estudo é

Artigo original

descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as gestantes com suspeita de DHEG na Unidade Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de cunho exploratório com abordagem quanti-qualitativa, cujo instrumento utilizado para produção de dados foi um questionário estruturado com dados de identificação, 3 questões abertas e 4 questões fechadas.

A técnica empregada foi a aplicação do questionário, contendo 07 perguntas sobre o tema, no Centro de Saúde do Gama DF (CSG) nº2 por duas autoras. A pesquisa foi realizada com os profissionais de enfermagem que trabalhavam e realizavam pré-natal na UBS. As entrevistas foram realizadas no período de agosto a setembro de 2016, sob o parecer de nº 1.656.425, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Os sete profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de consentimento esclarecido que lhes garantia o sigilo e o anonimato exigido pela Resolução nº 466/2012. Para resguardar a privacidade dos participantes, foram atribuídos nomes de flores aos trechos dos depoimentos apresentados na análise e discussão dos dados. Procederam-se então a coleta de dados no qual os dados coletados foram analisados e passados para o *software Microsoft® Excel 2010* para construção de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 7 enfermeiras que trabalham no CSG nº 2. Analisando a Tabela 1, é possível observar que 100% das entrevistadas são do sexo feminino. Este dado é compatível com outra pesquisa que mostra que a Enfermagem é formada predominantemente por mulheres. Estudo realizado pelo autor informa que mais de 90% profissionais da equipe de enfermagem é constituído pelo gênero feminino e a minoria composta pelo gênero masculino⁽⁷⁾.

Tabela 1- Dados referentes à caracterização de enfermeiras que trabalham no CSG nº 2. Brasília-DF, 2016.

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------|---|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 7 | 100 |
| Masculino | 0 | 0 |
| Tempo de atuação na área | | |
| 1 a 5 anos | 4 | 57,1 |
| 6 a 16 anos | 2 | 28,6 |
| 17 a 25 anos | 0 | 0 |
| > 25 anos | 1 | 14,3 |

Ainda na Tabela 1 pode-se observar que 57,1% tinham entre 1 a 5 anos de atuação na área, 28,6% tinham entre 6 e 16 anos e 14,3% tinha mais de 25 anos. O trabalho da UBS é árduo, pois os profissionais devem realizar várias ações simultâneas, focadas na prevenção, promoção e recuperação em saúde, podendo ocorrer no processo de cuidado, ineficiências em vários aspectos, devido ao grande número de atividades, pouca infraestrutura, inexperiência dos profissionais envolvidos e um conjunto de problemas nos processos de trabalho. Porém o serviço deve ser feito, procurando a excelência, mesmo com os contratemplos que ocorrem no meio do processo do cuidado⁽⁸⁾.

Averiguando a Tabela 2, é possível notar que 100% dos enfermeiros conhecem o que a sigla DHEG significa. Observa-se que um (14,3%) acredita que os sintomas sugestivos de DHEG são a tríade clássica mais convulsões, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas e seis (85,7%) admitem que os sintomas sugestivos de DHEG sejam a tríade clássica.

A DHEG é considerada uma das intercorrências clínicas mais comuns durante a gravidez e o objetivo do PN é acolher a mulher, desde o início da gravidez, assegurando, no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonato. Os sinais clássicos da DHEG são a tríade edema, proteinúria e hipertensão e na UBS o enfermeiro é um dos profissionais mais apto para reconhecer, prestar assistência, fazer os primeiros atendimentos e o encaminhamento para o acompanhamento de gestantes de alto risco depois da confirmação do diagnóstico de DHEG^(9,10).

Tabela 2- Conhecimento do enfermeiro quanto à DHEG no CSG nº 2. Brasília-DF, 2016.

| Variáveis | N | % |
|--|---|------|
| Conhecimento sobre a sigla DHEG | | |
| Doença Hepática Especial da Gestação | 0 | 0 |
| Doença Hipoglicêmica Específica da Gestante | 0 | 0 |
| Doença Hipertensiva Específica da Gestação | 7 | 100 |
| Doença Hormonal Especial da Gestante | 0 | 0 |
| Sintomas sugestivos da DHEG | | |
| Cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas | 0 | 0 |
| Hipertensão arterial, edema, proteinúria, convulsões, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas | 1 | 14,3 |
| Convulsões, proteinúria, edema, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas | 0 | 0 |
| Hipertensão arterial, proteinúria e/ou edema | 6 | 85,7 |
| Exames necessários para confirmar o diagnóstico de DHEG | | |
| Somente exame físico | 0 | 0 |
| Exame físico: PA \geq 140/90 mmHg, atentando para ganho de peso ponderal + exames laboratoriais: pesquisa de proteinúria na urocultura de 24h, dosagem sérica de ácido úrico e ureia/creatinina, hemograma com contagem de plaquetas e trombocitopenia, AST, ALT e desidrogenase láctica | 4 | 57,1 |
| Somente exames laboratoriais | 0 | 0 |
| Exame físico PA \geq 140/90 mmHg, ganho de peso ponderal e convulsões + exames laboratoriais: atentando para proteinúria, elevação das enzimas hepáticas, plaquetopenia e trombocitopenia | 3 | 42,9 |
| Atitude que o enfermeiro deve ter frente às gestantes suspeitas de DHEG com sinais e sintomas sugestivos | | |
| Encaminhar para o hospital | 0 | 0 |
| Realizar exame físico, solicitar exames laboratoriais e encaminhar para o hospital | 1 | 14,3 |
| Realizar exame físico e solicitar exames laboratoriais | 0 | 0 |
| Realizar exame físico, solicitar exames laboratoriais e encaminhar a gestante para o acompanhamento de alto risco depois da confirmação do diagnóstico de DHEG | 6 | 85,7 |

Ainda analisando a Tabela 2, nota-se que quatro (57,1%) dos profissionais acreditam que os exames necessários para confirmar diagnóstico de DHEG são exame físico: PA \geq 140/90 mmHg, atentando para ganho de peso ponderal + exames laboratoriais: pesquisa de proteinúria na urocultura de 24h, dosagem sérica de ácido úrico e ureia/creatinina, hemograma com contagem de plaquetas e trombocitopenia, AST, ALT e desidrogenase láctica e três (42,9%) apontam que o exame físico PA \geq 140/90 mmHg, ganho de peso ponderal e convulsões + exames laboratoriais:

Artigo original

atentando para proteinúria, elevação das enzimas hepáticas, plaquetopenia e trombocitopenia.

Os exames necessários para confirmar o diagnóstico de DHEG são exame físico: PA \geq 140/90 mmHg, atentando para ganho de peso ponderal, mais exames laboratoriais: pesquisa de proteinúria na urocultura de 24h, dosagem sérica de ácido úrico e ureia/creatinina, hemograma com contagem de plaquetas e trombocitopenia, AST, ALT e desidrogenase láctica^(1,4).

Por fim, a Tabela 2 mostra a atitude que o enfermeiro deve ter frente às gestantes suspeitas de DHEG com sinais e sintomas sugestivos e 14,3% realizaria o exame físico, solicitaria exames laboratoriais e encaminharia para o hospital e 85,7% realizariam exame físico, solicitariam exames laboratoriais e encaminhariam a gestante para o acompanhamento de alto risco depois da confirmação do diagnóstico de DHEG.

Diante do exposto, nota-se que o enfermeiro é um dos principais profissionais que presta assistência adequada à gestante portadora de DHEG no nível de atenção básica, sempre orientando, cuidando, estabelecendo vínculo de confiabilidade, ensinando e oferecendo atendimento de qualidade, reforçando assim, a participação das mesmas na realização de atividades proposta na Unidade Básica de Saúde⁽¹¹⁾.

Orientações de enfermagem realizadas a paciente com suspeita de DHEG

Evidenciou-se que as enfermeiras sabem orientar as pacientes com suspeita de DHEG, porém constatou-se que alguns profissionais precisam aprofundar essas orientações que vão além de controle pressórico, alimentação adequada e prática de exercícios físicos, criando falha nestas orientações, como é mostrado nas falas abaixo:

“Controle pressórico, orientações alimentar (redução de sal e alimentos com muitos condimentos, uso de verduras...), observar sinais de edemas e aumento da pressão (cefaleia intensa e occipital...) e realizar exames para ver proteinúria” (CRAVO).

Hortência afirma: *“Repouso, monitorar pressão alta, dieta hipossódica, aumenta de ingesta de líquidos e exames laboratoriais”.*

“Alimentação adequada, sono preservado e atividade física” (GIRASSOL).

“Realizar acompanhamento com enfermeiro/médico de forma correta, evitar consumo excessivo de alimentos ricos em sódio (sal, condimentos, industrializado, etc.), realizar atividade física, de sua preferência com regularidade e monitorar a pressão arterial” (MARGARIDA).

Artigo original

“Dieta hipossódica, atividade física moderada, elevação dos membros inferiores para diminuição do edema, realizar os exames para confirmação do diagnóstico” (ROSA).

Tulipa refere: *“Orientações alimentares, quanto à ingesta de carboidratos, NaCl, ingesta de líquido, atividade física direcionada para gestação, controle de peso matinal de preferência e observar edema facial e mãos”.*

“Orientações quanto à alimentação, principalmente à diminuição do consumo de sal, manutenção e vigilância/controle do peso e edema; verificação/controle dos sinais vitais, dormir em decúbito lateral esquerdo, controle da ingesta de líquido e eliminações fisiológicos, atentar e orientar quanto aos sinais de alerta (visão turva, cefaleia, edemas generalizado), importância do acompanhamento do pré-natal e outros” (ORQUÍDEA).

Os aspectos relevantes da consulta de enfermagem no PN referem-se ao acolhimento; ao relacionamento interpessoal; à investigação da história clínica e obstétrica, a solicitação dos exames laboratoriais, a imunização contra possíveis complicações, ao registro das consultas e a referência para outros profissionais em outros níveis de complexidade da assistência à saúde. Os enfermeiros orientam a respeito do que é a DHEG de forma simples como: não faltar nas consultas de PN para que o acompanhamento seja feito sem nenhuma interrupção; a abstenção de fumo e do álcool e sobre a terapia medicamentosa, caso necessária^(10,12).

O enfermeiro na UBS deve realizar o controle pressórico, observar edema, monitorar o aumento de peso corporal, realizar exames de rotina para pacientes com suspeita de DHEG, orientar sobre a alimentação saudável e ingesta hídrica adequada, a importância da prática de exercícios físicos, quanto à elevação dos membros inferiores para diminuição do edema, quanto à preferência de deitar ou dormir do decúbito lateral esquerdo para a descompressão da veia cava e quantos aos sinais sugestivos de complicações da DHEG.

Inicialmente as entrevistadas foram indagadas sobre a “Conduta do enfermeiro diante da confirmação de DHEG e a importância do mesmo na prevenção e tratamento”. Permitindo dessa forma o surgimento de duas categorias: I- Conduta do enfermeiro diante da confirmação de DHEG; II- Importância do enfermeiro na prevenção e tratamento da DHEG.

Categoria de análise I: Conduta do enfermeiro diante da confirmação de DHEG

Observou-se que a maioria das entrevistadas se preocupa em encaminhar as gestantes diagnosticadas com DHEG para o acompanhamento com o

Artigo original

ginecologista/obstetra no atendimento de alto risco, porém esqueceram de citar que a UBS não perde o vínculo com essa gestante, pois o enfermeiro continua realizando orientações e tirando dúvidas pertinentes a gestação, parto e pós parto. As falas abaixo mostram as condutas:

Cravo afirma: *“Encaminhar para o ginecologista ou alto risco, exames de rotina de DHEG, verificação e controle da pressão arterial e orientações alimentares”*.

“Encaminhar para o acompanhamento com o ginecologista/obstetra” (HORTÊNCIA).

“Encaminhamento para o alto de risco, mas antes encaminhando para o médico generalista (da família)” (GIRASSOL).

Margarida refere: *“Na Secretaria Estadual de Saúde encaminhar para alto risco no HRG, mesmo após encaminhada a gestante continua realizando acompanhamento com a equipe de Estratégia de Saúde da Família para orientações sobre temas e acompanhamento de rotina”*.

“Encaminhar para o pré-natal de alto risco compartilhado com o atendimento na UBS” (ROSA).

“Estimula alimentação, controle sem sal mais as orientações do item anterior, terapia medicamentosa, encaminhar para o acompanhamento médico na unidade e no alto risco. Orientações nas condutas pré e pós termo” (TULIPA).

Orquídea afirma: *“Na atenção primária á saúde, diante do diagnóstico a paciente é acolhida na unidade onde é explicado seu quadro clínico e após estar é encaminhada ao ambulatório do alto risco, porém não há perda do vínculo, a gestante que é acompanhada no alto risco, também realiza consultas na nossa unidade mensalmente”*.

A gestante passa a ser considerada como gestante de risco quando é conduzida ao médico pelo enfermeiro e é feito o diagnóstico de que possui a DHEG, a mesma é encaminhada pela UBS de origem para a unidade especializada que as regiões administrativas do Distrito Federal oferecem a população, mas a gestante continua mantendo suas consultas regulares de PN na UBS de origem⁽¹⁰⁾.

Categoria de análise II: Importância do enfermeiro na prevenção e tratamento da DHEG

Demonstrou-se que as enfermeiras conhecem bem a sua atuação na prevenção de DHEG, mas mostra-se que não está bem esclarecido a sua atuação no controle e na participação do tratamento através de orientações e incentivos à gestante, como mostra as falas a seguir:

Artigo original

“Evitar complicações e morte materna e neonatal, prevenir e fazer diagnóstico precoce da doença evitando óbito, orientar o cuidado com a prevenção no período gestacional e puerperal e orientação alimentar” (CRAVO).

Hortência relata: *“O enfermeiro é importante na prevenção através de consultas, solicitação de exames laboratoriais, exame físico, orientações alimentar (dieta) e encaminhando para ginecologista/obstetra e/ou hospital”.*

“Enfermeiro não trata, mas no decorrer do pré-natal, explicar todas as possíveis causas que uma gestante pode sofrer da patologia, abordando em todas as consultas a importância de uma alimentação adequada e a prática de atividades físicas” (GIRASSOL).

“O enfermeiro realiza ações de prevenção e tratamento através dos grupos de gestante, nas consultas, no acolhimento oferecendo informações que auxiliarão as gestantes sobre DHEG, isso é de extrema importância, pois evita danos ao bebê, a mãe e evita que haja agravos que podem ser evitados na atenção básica” (MARGARIDA).

Rosa afirma: *“Geralmente a primeira de consulta é realizada por nós e depois intercalada com o médico, daí a importância de saber atender para não deixar as gestantes com suspeitas passarem despercebidas até a próxima consulta médica. Prevenir é a nossa principal função”.*

“Nas orientações antes, durante e pós parto o que vai evitar as complicações” (TULIPA).

“É de fundamental importância, visto que o pré-natal na Atenção Primária à Saúde é realizado tanto pelo médico como pelo enfermeiro” (ORQUÍDEA).

É importante que os profissionais de saúde tenham consciência do seu compromisso ético acerca da aquisição de conhecimentos científicos e do planejamento de condutas para melhor atender a gestante, favorecendo o bem estar e o controle materno-fetal na intenção de avaliar e/ou reduzir os riscos da doença. Assim, a gestante necessita de um cuidado exclusivo no que explicita a prevenção e controle da DHEG, ressaltando a adesão de mudanças no estilo de vida sob consciência do processo vivenciado pela mulher e suas particularidades^(2,13).

CONCLUSÃO

Conforme proposto, pesquisou-se o conhecimento e as atitudes de cada um dos enfermeiros da UBS e observou-se que a maioria destas participantes da pesquisa fornecia uma assistência adequada, porém insuficiente, frente a gestante com suspeita de DHEG. Tais condutas eram marcadas por orientações superficiais sobre a

Artigo original

patologia, sem direcionamento restrito destas informações a pacientes com suspeita ou a pacientes com a doença confirmada, além da pouca preocupação com bem estar fetal.

A maioria dos enfermeiros tem conhecimento para identificar os sinais e sintomas sugestivos da DHEG, além de saberem como proceder diante da situação, realizando exames físicos, solicitando exames necessários para confirmação ou descarte de DHEG e encaminhamento para o PN de alto risco depois da confirmação.

A importância das intervenções de enfermagem frente às gestantes com suspeita de DHEG visa prevenir que ocorra e/ou diminuir complicações materno-fetal, melhorando assim, a qualidade de vida do binômio mãe-filho, durante a gestação, o parto e após o parto. Os profissionais pesquisados mostraram que possuem conhecimento para conviver com a gestante portadora da DHEG, e que seu trabalho na prevenção das complicações faz muita diferença para o sucesso desta gestação.

Dessa maneira, ressalta-se a importância da realização de novas pesquisas relacionadas à assistência de enfermagem a mulher com suspeita de DHEG na UBS, visto que a maioria dos artigos encontrados relata a assistência de enfermagem a mulher com DHEG na área hospitalar ou realizam pesquisas com a própria gestante com DHEG, esquecendo-se de focar na assistência dos profissionais da área ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. Rezende JF, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
2. Chaves APB, Mesquita SKC, Ramos DKR. Doença Hipertensiva Específica da Gestação: conduta de enfermeiros em unidade básica de saúde. *Rev da Universidade Vale do Rio Verde*. 2014; 12(1):648-654.
3. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(5):310-5.
4. Zugaib M. *Obstetrícia*. 2. ed. Barueri, SP: Malone, 2012.
5. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina*. 2012; 40(5):275-279.
6. Nour GFA, Castro MM, Fontenele FMC, Oliveira MS, Brito JO, Oliveira ARS. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da Gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. *SANARE*. 2015; 14(1):121-128.
7. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares SMD, Santos CB. Qualidade de Vida dos Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família: A Relação das Variáveis Sociodemográficas. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2010; 19(3):434-442.
8. Ferreira S, Graudenz GS. Simpósio Internacional de Gestão de projetos, inovações e sustentabilidade. A Padronização da coleta de Papanicolau em uma unidade básica de saúde para melhoria dos padrões de resultado dos exames. *Anais do IV SINGEP*. São Paulo: SINGEP, 2015. 10 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Artigo original

10. Lima ÉMA, Paiva LF, Amorim RKFCC. Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestante com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) atendidas em Unidades Básicas de Saúde (USB). J Health Sci Inst. 2010; 28(2):151-3 [acesso em 9 ago 2016]. Disponível em: https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/02_abr-jun/V28_n2_2010_p151-154.pdf
11. Peixoto MV, Martinez MD, Valle NSB. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégia e cuidados de enfermagem. Rev Edu Meio Amb e Saúde. 2008; 3(1):208-222 [acesso em 9 ago 2016]. Disponível em: [http://www.faculdedefuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)208a222.pdf](http://www.faculdedefuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)208a222.pdf)
12. Teixeira IR, Amaral RMS, Magalhães SR. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. Rev e-Scientia. 2010; 3(2):26-31 222 [acesso em 9 ago 2016]. Disponível em: <http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166/96>
13. Guimarães JP, Medeiros LGS, Oliveira FCS, Oliveira SF. A prevalência de gestantes portadoras de SHEG que evoluíram para síndrome HELLP em uma maternidade pública. REBES. 2014; 4(1):1-17.

Perfil socioeconômico e cultural dos discentes de enfermagem das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC)

Elisângela de Andrade Aoyama¹, Wender Antônio de Oliveira², Denise Patrícia Martins da Silva³, Jéssyca Café de Queiroz⁴

¹Professora Titular do Departamento de Enfermagem da FACIPLAC. Mestra em Engenharia Biomédica; Pós-graduação (Lato sensu) em Docência do Ensino Superior e Gestão em Educação Ambiental; Graduação em Ciências Biológicas. Gama, DF, Brasil. *E-mail:* elisangela.aoyama@faciplac.edu.br

²Enfermeiro. Pós-doutorado em Educação na Unviversid de Flores-UFLO (2018), Buenos Aires/Arg. Coordenador do Curso de Enfermagem - Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC - DF), Docente da Faculdade IESGO. Membro da CTA – Coren-DF. *E-mail:* wender.antonio@faciplac.edu.br

³Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da FACIPLAC. *E-mail:* deni.martins85@gmail.com

⁴Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da FACIPLAC. *E-mail:* jessyca.queiroz@outlook.com

RESUMO

É de suma importância conhecer o perfil dos discentes, uma vez que o ambiente universitário impõe condições que demandam adaptações diárias, dificultando o processo de ensino e aprendizagem. O presente estudo teve como objetivo delinear o perfil dos discentes de enfermagem do turno diurno e noturno da Faciplac/DF. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva, realizada entre setembro e outubro de 2017, com participação de 201 discentes do curso de Enfermagem, do primeiro ao nono período. Utilizou-se questionário estruturado, contendo vinte e quatro perguntas, elaborado para contemplar o estudo. Dos 201 discentes que responderam ao questionário, houve predominância do turno noturno (65,2%), sexo feminino (86,1%), com média de idade de 26,1 anos, solteiros (66,7%), provindos da rede pública de ensino (66,7%). Logo, 82% consideram a aquisição de formação profissional como a principal contribuição do curso e 43,2% definiram a enfermagem como primeira opção de curso. Quanto as formas de financiamento foram possíveis observar a predominância (40,8%) do uso do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e 45,3% possui atividade profissional remunerada, e ainda 69,6% dos discentes satisfeitos com o desempenho e notas obtidas no curso. Por fim, relacionado a região onde habitam 57,2% dos discentes estão próximos a instituição ou possuem meios próprios de locomoção. A partir do exposto, acredita-se que a pesquisa do perfil dos discentes de enfermagem possui importância estratégica para consolidação de modelos de sucesso e os resultados contribuirão para nortear o planejamento de ações para o crescimento da educação superior, ampliando os horizontes deste trabalho.

Palavras-chave: Enfermagem. Perfil. Socioeconômico.

ABSTRACT

It is extremely important to know the profile of students since the university environment imposes conditions that require daily adjustments, hindering the process of teaching and learning. This study aimed to outline the profile of nursing students of the day and night shift Faciplac/DF. This is an exploratory and descriptive research, carried out between September and October 2017, with the participation of 201 students from the Nursing course, from the first to the ninth period. A structured questionnaire, containing twenty-four questions, was elaborated to contemplate the study. Of the 201 students who answered the questionnaire, there was a predominance of the night shift (65.2%), female (86.1%) with average age of 26.1 years old, single (66.7%), from public education (66.7%). Thus, 82% consider the acquisition of vocational training as the main contribution of the course and 43.2% defined nursing as a first course option. Regarding the forms of financing it was possible to observe the predominance (40.8%) the use of the Student Financing Fund (FIES) and 45.3% have paid professional activity, and even 69.6% of students satisfied with the performance and notes obtained in the course. Finally, related to the region where they live, 57.2% of the students are close to the institution or have their own means of locomotion. From the above, it is believed that the research of the profile of nursing students has strategic importance for the consolidation of success models and the results will contribute to guide the planning of actions for the growth of higher education, expanding the horizons of this work.

Keywords: Nursing. Socioeconomic. Profile.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão em ascensão nas últimas décadas e isso se justifica pelo aumento significativo das Instituições de Ensino Superior (IES) por todo o país⁽¹⁾. A formação profissional na área vem sendo reconhecida como uma condição fundamental na melhoria e manutenção da qualidade de serviços em saúde e as universidades vêm redefinindo o processo de formação e adequação de currículos a partir de projetos pedagógicos, cujas exigências requerem a preparação de profissionais qualificados e comprometidos em efetuar suas habilidades com mudanças necessárias no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir seu processo de construção e consolidação⁽²⁾.

Na graduação, o indivíduo encontra um ambiente favorável para a busca do conhecimento científico e desenvolvimento profissional competente. O ambiente universitário expõe o acadêmico a situações diárias que demandam adaptações e estas podem ser avaliadas como estressoras. Os discentes que inicia a graduação se deparam com um ambiente novo, muitas vezes diferente, distante do contexto de vida e de suas expectativas. O jovem se vê tendo que tomar suas próprias decisões e, às vezes, arrisca-se no mercado de trabalho sem o pleno conhecimento da profundidade

Artigo Original

da profissão escolhida. Existem muitos problemas comuns a diversas áreas acadêmicas, sendo assim, na área da saúde isto não é diferente. Seus principais achados contemplam: grande parte do conteúdo dos cursos é de cunho teórico e não prático o que dificulta a aplicação do conhecimento na vida profissional⁽³⁾.

A proposta metodológica de ensino adotada pelo curso de enfermagem sintetiza, em suma, um forte desejo docente de promover a aprendizagem significativa, pela possibilidade de transcender os espaços tradicionais da sala de aula. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN), promulgada em 20 de dezembro de 1996, dispõe sobre a Sistemática Educacional e define educação como um processo formativo que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino/pesquisa, nos movimentos sociais de organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais⁽⁴⁾.

Em atendimento à LDBN, foi aprovada a Resolução CNE/CES nº 03 de 7/11/2001, que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) explicitando a necessidade do compromisso com princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, definem os princípios fundamentais para a formação de profissionais críticos, reflexivos, inseridos no contexto histórico-social, pautados em princípios éticos e capazes de intervirem nos problemas/situações da atenção à saúde⁽⁵⁾. As DCN/ENF evidenciam a necessidade de articulação entre os setores educação e saúde, e recomendam mudanças processuais na formação do enfermeiro que se apresentam como grandes desafios às IES⁽⁶⁾. Porém, enfrentar os limites e os desafios no processo de formação do profissional enfermeiro significa investir e comprometer-se com as mudanças, exigindo dos envolvidos no processo interação, integração, comprometimento e qualificação. Deste modo, as inovações requerem uma atitude coletiva, aberta, envolvendo docentes, discentes, gestores e profissionais da área⁽⁷⁾.

Uma instituição de ensino empreendedora não é somente aquela que inclui em seu projeto pedagógico disciplinas ou cursos de empreendedorismo, mas, sobretudo, aquela que adota como instituição, um novo paradigma educacional voltado ao crescimento do intelecto de seus discentes, tornando-se, ela mesma, uma instituição empreendedora. Para os discentes ter uma postura proativa diante das questões de mundo e sociedade, o docente precisa investir nas metodologias ativas e empreendedoras durante o processo de formação profissional. As IES que objetivam uma educação proativa e inovadora, que busque atender às demandas sociais no campo da saúde, vêm investindo em mudanças no perfil dos novos profissionais de

Artigo Original

saúde e para alcançar esse resultado, os discentes precisam estar continuamente envolvidos em ações que instiguem uma postura ativa diante do mundo, da profissão e da vida⁽⁸⁾.

A enfermagem não é mais uma segunda opção para quem não conseguiu ingressar em um curso de medicina. O número de interessados na área é crescente e o mercado acompanha essa evolução exigindo profissionais capacitados que atendam a demanda da população. Atualmente, o enfermeiro vem ganhando autonomia profissional desde a parte de gestão até o atendimento clínico e devido a estes e outros atrativos, o curso de graduação tem sido cada vez mais procurado. Avaliar a qualidade de vida do estudante poderá auxiliar no direcionamento de estratégias de acolhimento e colaborar na implementação das Diretrizes⁽⁹⁾.

Promover inovações políticas e estratégias de assistência estudantil ampara a ascensão intelectual, o desempenho técnico-específico e oferta aos futuros profissionais uma noção mais ampla do exercício da enfermagem. Em consonância com os propósitos apresentados e com o objetivo de delinear o perfil dos discentes de enfermagem da FACIPLAC, fez-se necessário realizar esse estudo, uma vez que fornece instrumentos e propõem metodologias curriculares para minimizar os fatores estressores do processo de ensino e aprendizagem.

METODOLOGIA

Pesquisa de campo exploratória, com abordagem descritiva, realizada nos meses de setembro e outubro do ano de 2017. Participaram os discentes do primeiro ao nono período, delimitada pelas saturações dos dados coletados. Na temporada da pesquisa não havia grade curricular para o terceiro período matutino.

A coleta de dados foi realizada considerando os aspectos éticos, após aprovação do Comitê de Ética da FACIPLAC pelo parecer número 2.612.969, além da apresentação prévia do Termo de Autorização para Pesquisa de Campo aos docentes e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos discentes, abordando todas as informações sobre a finalidade da pesquisa. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado, contendo vinte e quatro questões fechadas, elaborado especificamente para contemplar o objetivo do estudo.

Algumas das variáveis utilizadas para compor a pesquisa foram: sexo, idade, estado civil, formação escolar, número de filhos, financiamento dos custos da graduação, atividade profissional remunerada, cursos profissionalizantes e experiência na área da saúde, influência familiar na escolha do curso, pretensão de pós-

graduação, avaliação do desempenho e notas obtidas no curso. A tabulação dos dados coletados foi realizada por meio do *software Excel 2010*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer o perfil dos discentes do curso de enfermagem é fundamental para que a coordenação e docentes do curso possam propor metodologias de ensino-aprendizagem qualificadas propiciando transformação da realidade do sujeito.

Dos 201 (100%) discentes que responderam ao questionário, estratificando, conforme Tabela 1, observou-se que 70 discentes são do turno diurno (34,8%) e 131 do turno noturno (65,2%). O sexo feminino representou 86,1% (n=173) e um percentual de 13,9% (n=28) do sexo masculino. No contexto da saúde, como justificativa da predominância do perfil feminino, pode-se citar as construções culturais, ressaltando como parte da história da mulher, a atribuição de cuidar, proteger. Com ela, ficaram as obrigações domésticas, o cuidado, a educação dos filhos, a assistência aos idosos e enfermos da família. Por extensão, o cuidado ao doente também passou a ser trabalho feminino, uma vez que exigia tarefas similares⁽¹⁰⁾.

De acordo com a Tabela 1, o coeficiente de variação resultou em 32%, com prevalência de 63 discentes com idades entre 15 e 20 anos (31,3%); 45 discentes equivalentes às idades entre 20 e 25 anos (22,5%); 33 discentes com idades entre 25 e 30 anos (16,4%); 24 discentes, ou seja, 11,9% com idades de 30 a 35 anos; seguidos por 22 (10,9%) respondentes com idades entre 35 e 40 anos; os discentes com 40 a 45 anos totalizaram 11 (5,5%) e por fim, 3 discentes entre 45 e 50 anos (1,5%). O desvio padrão foi de 8,2 e as medidas de tendência central apontaram 18,9 como a idade modal, a média para a idade dos discentes foi de 26,1 anos e a mediana 24,2 anos.

Entretanto, 63 (31,3%) possuem idade menor de 20 anos, ou seja, são adolescentes. Isso requer dos docentes da instituição habilidades e competências para lidar com esse público peculiar, entendendo as particularidades próprias dessa faixa etária. Segundo o Ministério da Saúde, a adolescência é uma fase de transformações profundas no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Trata-se da etapa da vida em que ocorre a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e o processo de formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que irão determinar a vida futura do indivíduo, é na adolescência que se iniciam a cobrança de maiores responsabilidades e a definição do futuro profissional⁽¹¹⁾. Dessa forma, os docentes cientes deste contexto devem utilizar

Artigo Original

estratégias de ensino-aprendizagem com abordagem mais ativa, como por exemplo a problematização pelo arco de Maguerez, capaz de integrar habilidades e competências teórico práticas, somando a atitudes, valores éticos e conhecimentos tanto gerais quanto específicos.

Quanto ao estado civil dos entrevistados (Tabela 1) predominaram os solteiros, formado por 134 discentes (66,7%). Os casados equivalem a 55 dos discentes (27,4%). Seguidos por 10 divorciados (5,0%) e separados 2 (1,0%), para finalizar a variável 0% declararam ser viúvo.

A prevalência de solteiros, remete diretamente às questões quanto ao processo de inserção dos jovens no mercado de trabalho, comprovando, de acordo com dados estatísticos atuais, que grande parte da população tem optado em casar-se mais tarde priorizando a formação profissional e a independência financeira. Dentre os jovens, a entrada no mercado de trabalho tornou-se uma etapa desejável, inescapável e definitiva, tanto para os homens como para as mulheres⁽¹²⁾.

Os resultados também evidenciaram que 66,7% (134) dos discentes cursaram o ensino médio em rede pública e 36 (17,9%) advindos de instituições de ensino privado. Também tivemos 18 discentes (9,0%) concluindo o ensino médio por meio da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e 13 discentes (6,5%) responderam que estudaram em escolas públicas e privadas para concluírem o ensino médio. Estes resultados corroboram com a realidade esperada em instituição privada, pois, a tendência de discentes de instituições públicas, devido às necessidades econômicas, precisam ser absorvidos inicialmente pelo mercado de trabalho, para depois planejarem ingresso em uma faculdade/universidade. Além disso, observa-se que, os discentes das escolas públicas precisam de reforço por meio de cursos pré-vestibulares⁽¹³⁾.

Tabela 1 – Perfil dos Acadêmicos de Enfermagem da FACIPLAC. Gama-DF (2017)

| VARIÁVEIS | n = 201 | PERCENTUAL |
|---|---------|------------|
| SEXO | | |
| Feminino | 173 | 86,1% |
| Masculino | 28 | 13,9% |
| RAÇA | | |
| Branco (a) | 82 | 41% |
| Negro (a) | 32 | 16% |
| Mulato (a) | 19 | 9% |
| Amarelo (a) – de origem oriental | 9 | 5% |
| Pardo (a) – de origem indígena | 59 | 29% |
| IDADE | | |
| 15 20 anos | 63 | 31,3% |
| 20 25 anos | 45 | 22,5% |
| 25 30 anos | 33 | 16,4% |
| 30 35 anos | 24 | 11,9% |
| 35 40 anos | 22 | 10,9% |
| 40 45 anos | 11 | 5,5% |
| 45 50 anos | 3 | 1,5% |
| ESTADO CIVIL | | |
| Solteiro (a) | 134 | 66,7% |
| Casado (a) | 55 | 27,4% |
| Divorciado (a) | 10 | 5,0% |
| Separado (a) | 2 | 1,0% |
| Viúvo (a) | 0 | 0% |
| ONDE CURSOU NÍVEL MÉDIO | | |
| Instituição Pública, ensino regular | 134 | 66,7% |
| Instituição Privada, ensino regular | 36 | 17,9% |
| Instituição Pública, EJA | 14 | 7,0% |
| Instituição Privada, EJA | 4 | 2,0% |
| Metade em Instituição Pública e Metade em Instituição Privada | 13 | 6,5% |

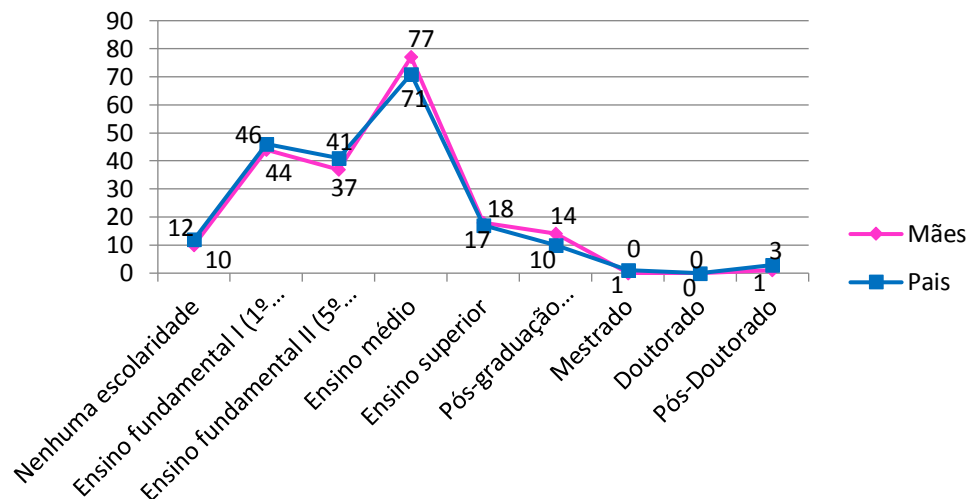
Fonte: Dados da pesquisa (2017)

A escolaridade dos pais é um fator importante no rendimento médio dos filhos, independentemente da escolaridade desses filhos, mostrando que a renda média aumenta proporcionalmente à escolaridade do pai ou da mãe. Pode-se perceber que os filhos estão procurando estudar mais que os pais, em busca de um futuro melhor.

O Gráfico 1 apresenta os resultados com prevalência para o ensino médio dos genitores. A maioria das mães só tem o ensino médio representando 38,8% seguido de 21,9% das que concluíram o ensino fundamental I. Os dados em relação à escolaridade do pai comprovam que os homens precisaram trabalhar mais cedo e por este motivo a maioria possui grau de escolaridade menor comparado com o da

mulher, sendo 37,8% com ensino médio e apenas 8,5% desses homens conseguiram concluir o nível superior.

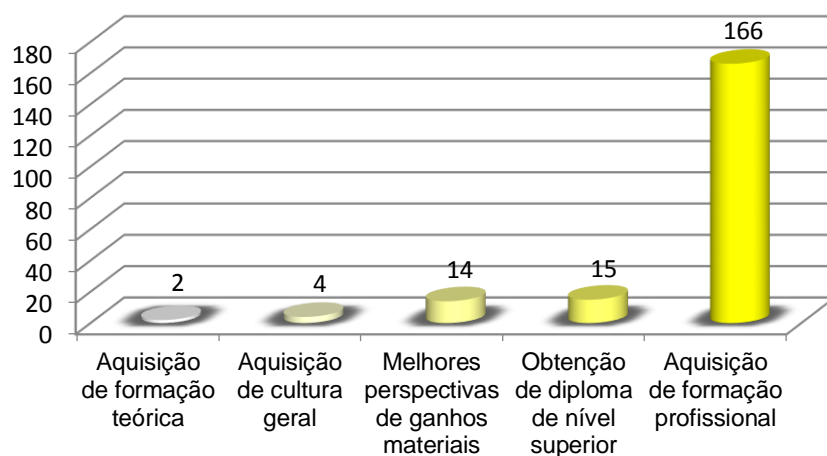
Gráfico 1 – Nível de escolaridade dos pais



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Como fator positivo, o mercado promissor e as oportunidades de ingresso no nível superior têm sido fundamentais para o aumento da procura pela graduação. Logo, nesta pesquisa, é possível observar no Gráfico 2 que 82,0% (166) consideram a aquisição de formação profissional como a principal contribuição do curso. Em complementariedade, em relação a essa escolha, observou-se que 43,2% (87) dos discentes definiram a enfermagem como primeira opção de curso. Para esta maioria, o ingresso na graduação se deu principalmente por gostar da profissão, fator considerado motivacional e que se relaciona ao gostar de cuidar, característica intrínseca à profissão de enfermagem. Gostar daquilo que se faz é de grande valia, principalmente quando o objetivo de trabalho é o cuidado para com o ser humano⁽¹⁴⁾. Os campos de atuação na área têm crescido substancialmente nos últimos anos, abrindo perspectivas de conhecimento em múltiplas direções e espaços.

Gráfico 2 – Contribuição do curso segundo os respondentes



Fonte: Dados da pesquisa (2017)

Quanto as formas de financiamento utilizadas por nossos discentes, foi possível observar a predominância do uso do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), com 40,8% (82), 8,4% (17) foram bolsas ofertadas pela FACIPLAC e 38 discentes (18,9%), são do Programa Universidade para Todos (PROUNI), os discentes que aderiram a outros financiamentos para custear as despesas do curso totalizaram 12 (6,0%). Então, pode-se afirmar, que estes jovens ainda não possuem renda para custear os estudos. Por essa razão, os discentes necessitam de ajuda financeira e recorrem a programas como o FIES, ao PROUNI, e a bolsas oferecidas pela instituição. Dentre a atual estrutura do sistema educacional com abrangência das vagas de graduação no setor privado, os discentes buscam de acordo com sua disponibilidade financeira, se adequar as Instituições de Ensino Superior (IES). No que concerne ao cenário universitário do país, dado o aumento do número de instituições de ensino superior, há um crescimento progressivo da quantidade de indivíduos que vivem no cotidiano acadêmico e que recorrem aos programas do Governo como um caminho para a graduação⁽¹⁴⁾. Além disso, os discentes têm dificuldades de acesso e permanência nos estabelecimentos de ensino devido às condições financeiras, porém pouco se conhece sobre a relação desse ambiente com a qualidade de vida.

As instituições de ensino passaram a fornecer cursos em ambos os períodos, tornando possível um grande número de discentes cursarem a graduação de enfermagem também no período noturno, entendendo que, na sociedade capitalista atual, muitos discentes necessitam estudar, trabalhar e desempenhar atividades comuns do cotidiano⁽¹⁵⁾. Complementando este fato, 131 discentes cursando o período noturno (65,2%) e 70 cursando o período diurno (34,8%).

Artigo Original

Também 25,8% (52) tem financiamento particular, ou seja, pagam a mensalidade sem qualquer financiamento ou desconto (Tabela 1). Corroborando com esta informação, 91 discentes (45,3%) possui atividade profissional remunerada (Tabela 1). Essa situação, mesmo o curso não sendo integral, é desfavorável para os discentes, pois, tal atividade laboral será desenvolvida no período contrário ao seu turno de graduação, em consequência, o discente vem direto para as aulas com descanso comprometido e tempo reduzido para o estudo. Todavia 69,6% (140) dos discentes estão satisfeitos com o desempenho e notas obtidas no curso.

Por isso, faz-se necessário o fomento a projetos de pesquisa, de extensão, de monitoria, voltados para a oferta de bolsas aos ingressantes, assim como a efetivação de uma política que defenda a meia passagem de transporte coletivo para os discentes. Todas estas estratégias são fundamentais para assegurar a permanência do discente no ensino superior, visando também garantir condições mais favoráveis ao processo ensino-aprendizagem e a conclusão do curso em tempo normal.

Por fim, relacionado a região onde habitam, 115 (57,2%) discentes moram próximo a instituição ou possuem meios próprios de locomoção. Logo, a localização ou meio de transporte próprio, favorece o trajeto do discente à Instituição, possibilitando menos gastos financeiros com transporte, assim como racionalização de tempo referente ao menor deslocamento, o que pode favorecer o aprendizado e não evasão dos discentes.

CONCLUSÃO

Conhecer o perfil dos discentes do curso de enfermagem possibilita à IES por meio da coordenação de curso, núcleo docente estruturante, corpo docente e unidades administrativas, planejar ações de assistência com base em evidências, aumentando a possibilidade de prestação de serviço mais efetiva. Além disso, pode-se proporcionar subsídios para melhor interação entre docente e discente, fortalecendo o processo de ensino-aprendizagem.

Através dessa pesquisa percebeu-se que houve um crescimento no número de discentes do sexo masculino, a predominância de adolescentes e adultos jovens, sugerindo uma grande possibilidade de transformação da Enfermagem, porém, repercutindo diretamente na necessidade de habilidades e competências dos docentes no tratar pedagógico com esse público. Há uma procura maior pelo turno noturno, com prevalência de discentes solteiros, provindos de escolas públicas e com necessidade de estudar, trabalhar e desempenhar atividades comuns do cotidiano.

Artigo Original

O mercado de trabalho em expansão e a oportunidade de uma remuneração melhor são fatores que atraem o discente para a graduação em enfermagem, considerando a aquisição de formação profissional como a principal contribuição do curso.

Os discentes, mesmo tendo a presença de familiares que atuem na área da saúde, definiram em sua maioria, a enfermagem como primeira opção de curso, principalmente por gostar da profissão, fator considerado motivacional e que se relaciona ao gostar de cuidar, característica intrínseca à profissão de enfermagem.

Há predominância do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) como forma de financiamento e já observou-se um crescimento do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e bolsas ofertadas pela IES.

A maior quantidade de discentes que habitam nas proximidades da IES, favorece o trajeto, mitigando gastos agregados, como transporte. Isto evidencia através de reais, sua não evasão do curso.

Por fim, o assunto não fora esgotado, mas dado um primeiro e importante passo para o fomento e estímulo para aprofundar sobre o tema, que pode ser desenvolvido em estudos posteriores, que visem corroborar, refutar ou rematar as constatações obtidas.

REFERÊNCIAS

1. Marcelino K, Nogueira VO. O perfil do discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior privada de São Paulo. In: XV Semana Científica da EEAAC. [Internet]. 2008 [acesso em: 31 mar 2016]. Disponível em: http://www.uff.br/anaissegerenf/ensino_adm.htm.
2. Pinheiro EFC, Lopes MLS, Ohira RHS, Nicoletto SCS. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. [Internet]. 2003 [acesso em: 31 mar 2016]; 3(8): 47-58. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-1456>.
3. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394 de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Seção 1.3. Brasília (Brasil), 2010.
4. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (Brasil), 2001.
5. Veriguine NR, Krawulski E, Tavares DAG, Soares DHP. Da formação superior ao mercado de trabalho: percepções de discentes sobre a disciplina orientação e planejamento de carreira em uma Universidade Federal. Rev. Electr. Invest. Doc. [Internet]. 2010 [acesso em: 31 mar 2016]; 79-96. Disponível em: <http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n4/REID4art4.pdf>.
6. Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florêncio RMS, Silva LS, Rebouças LCC. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2013 [acesso em: 31 mar 2016]; 17(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100012.

Artigo Original

7. Silva MG, Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. Rev. Texto contexto. Enf. [Internet]. 2010 [acesso em: 31 mar 2016]; 19(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000100021&script=sci_abstract&lng=pt.
8. Backes DS, Grandó MK, Gracioli MAS, Pereira AD, Colomé JS, Gehlen MH. Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2012 [acesso em: 31 mar 2016]; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300024.
9. Souza APG, Carneiro RF, Perez SM, Oliveira ER, Reali AMMR, Oliveira RMMAO. A escrita de diários na formação docente. Educ. Rev. [Internet]. 2012 [acesso em: 04 abr 2016]; 28(1): 181-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982012000100009.
10. Moreira MCN. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 1999; 7(1):55-65.
11. Brasil. Ministério da Saúde. (Br). Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília (DF): 2000).
12. Corrêa AK, Souza MCBM, Santos RA, Clapis MJ, Granvile NC. Perfil de discentes ingressantes em licenciatura: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Rev. Esc. Enf. USP. [Internet]. 2011 [acesso em: 04 abr 2016]; 45(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400020.
13. Sparta M, Gomes WB. Importância atribuída ao ingresso na Educação Superior por alunos do Ensino Médio. Revista Brasileira de Orientação Profissional. 2005; 6(2):45-53.
14. Erdmann AL, Fernandes JV, Melo C , Carvalho BR, Menezes Q, Freitas R , Emarinony E , Backes MTS. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. Rev. Bras. Enf. [Internet]. 2009. [acesso em: 10 abr 2016]; 62(4) . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/25.pdf>.
15. Barbosa TLA, Gomes LMX, Reis TC, Leite MTS. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. Rev. Texto contexto. Enf. [Internet]. 2011 [acesso em: 10 abr 2016];v. 20, n. spe, p. 45-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500005.

A humanização no cuidado aos pacientes vítimas de queimaduras

Ana Beatriz Vieira dos Santos¹, Rosianny Rodrigues da Costa Pereira de Araújo²,
Erlayne Camapum Brandão³

¹Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: beatrizvds@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: rosydearaujo@gmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Docente de enfermagem nas Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, DF. E-mail: erlayne.brandao@faciplac.edu.br

RESUMO

Um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que quando não leva ao óbito causa danos físicos e psicológicos ao paciente. Essa pesquisa teve como objetivo relatar sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado. Foram utilizados como base para formação dos resultados 14 artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2015 em periódicos como: Scielo, LILACS, Revista Latino Americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem e etc. Para um entendimento melhor das informações adquiridas, foram divididas em quatro pontos chaves os resultados: O cuidado humanizado, Cuidado Humanizado ao Queimado, Assistência de enfermagem aos pacientes queimados e Sistematização da Assistência de Enfermagem a vítimas de queimaduras. Esse trabalho contribui para o entendimento que o cuidado é muito mais do que uma prática com um paciente, é a junção de todo um conhecimento teórico com valores pessoais e profissionais dos indivíduos.

Descritores: Queimaduras, Cuidados de Enfermagem, Humanização da Assistência

INTRODUÇÃO

Queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos¹. Estas são lesões produzidas pelo contato direto ou indireto, de ação rápida ou prolongada do calor sobre a pele, podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e ossos².

As queimaduras são causadas por um deslocamento de energia proveniente de uma fonte de calor para o corpo, acarretando a destruição do tecido em consequência da coagulação, desnaturação proteica ou ionização do conteúdo celular³.

Revisão

Estima-se que no Brasil ocorra cerca de um milhão de acidentes envolvendo queimaduras, com aproximadamente 100 mil casos que necessitam de hospitalização e 2.500 óbitos. Vários fatores de risco podem contribuir para o aumento da mortalidade, tais como: uso de álcool, fumo, tradição de festas com fogueira, balões e fogos de artifício, fator socioeconômico, agressões e até durante a crise convulsiva no caso de epiléticos⁴.

O agravo das queimaduras quando não conduzem ao óbito, acarretam um extenso sofrimento físico e, em geral, necessitam de um longo tratamento, podendo ocasionar sequelas físicas e psicológicas⁵. A queimadura é a agressão mais avassaladora que o ser humano pode ser exposto⁶.

O paciente internado em função de queimaduras graves, será afetado por diversos estressores físicos como acidose, perda de fluidos, alterações no equilíbrio endócrino, potencial risco para infecção, dor. Seu psicológico também é afetado em razão do afastamento da família e do trabalho, mudanças corporais, despersonalização, perda da autonomia já que se torna dependente de cuidados e tensão constantes. Dessa maneira, a perspectiva dos profissionais de saúde primeiramente é com o estado fisiológico para obter estabilidade com o intuito de que em seguida seja avaliado seu psicológico⁷.

As lesões por queimaduras afetam tanto física como psicologicamente, e geram ansios sobre aparência física, convívio social e sobre o seu futuro. Portanto, o enfermeiro tem que ser cuidadoso para instruir a vítima e seus familiares, dando o suporte emocional necessário para reduzir esse sofrimento⁸.

A assistência de enfermagem é o ato de cuidar do ser humano, seja qual for a enfermidade que apresente. Desde modo, o cuidado de enfermagem, deve ser prestado de forma humanizada, holística e integral visando o aspecto biopsíquico-espirito-social⁹.

É imprescindível que o enfermeiro tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem após uma queimadura, colocando em pratica suas habilidades e competências durante todo o tratamento, até a reabilitação do paciente³. O enfermeiro deve dispor de um pensamento crítico que favoreça à tomada de decisão clínica e ajude a detectar as necessidades do paciente e atitudes adequadas¹¹.

A humanização é o atendimento das necessidades integrais do indivíduo e necessidades humanas básicas. É da competência do enfermeiro, no planejamento do

Revisão

cuidado, conhecer a vivência dos pacientes, identificando seus direitos e suas vertentes, tendo uma visão holística. Com o objetivo de assegurar o atendimento humanizado, é primordial que a condição de qualidade de vida tanto do paciente quanto do trabalhador seja considerada¹².

Um dos meios de se desenvolver um cuidado humanizado é partir da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) que se caracteriza como um processo sistêmico e organizado da prestação do cuidado fundamentado nos métodos científicos¹³.

A SAE possibilita o desenvolvimento de ações que promovem a melhoria na qualidade de saúde e intervém na doença dos indivíduos através do Processo de Enfermagem (PE), sendo elaborado exclusivamente pelo enfermeiro através de determinadas etapas que proporciona a arte do cuidar, um atendimento individualizado ao paciente, planejando suas condutas, analisando o histórico com uma visão holística, realizando o exame físico, para desta forma, diagnosticar e propiciar um cuidado integral¹⁴.

De acordo com a Resolução 358/2009 as etapas do PE são compostas de Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento da Assistência, Implementação e Avaliação. Para que o PE se desenvolva é necessária uma linguagem que favoreça o entendimento e compreensão do paciente¹⁵.

Cunha e Barros (2005) garantem que “autores renomados asseguram que a SAE eleva a qualidade da assistência melhorando, beneficiando tanto o paciente, através de um atendimento individualizado”¹⁶.

Um trauma térmico, independentemente de sua extensão, é uma agressão que quando não leva ao óbito causa danos físicos e psicológicos ao paciente, produzindo grande sofrimento devido às consequências fisiopatológicas, como dor, tempo do tratamento, estressores psicológicos como a separação da família e do trabalho, além de mudanças corporais, perda da autonomia e a perspectiva com relação ao futuro.

Por esta razão, pacientes vítimas de queimadura sofrem em relação a sua imagem corporal, uma vez que a presença de cicatrizes e uma possível desfiguração são traumáticas, provocando sentimentos prejudiciais de insegurança, complexidade, inferioridade, tristeza e vergonha. As aflições vivenciadas pelo paciente em correlação a sua fisionomia afetam a sua autoestima, sendo imprescindível o apoio emocional dos profissionais de saúde e familiares.

Revisão

É admirável a luta pela sobrevivência, bem como a capacidade de adaptação a mudanças bruscas na vida de um grande queimado. Cabe à equipe de enfermagem identificar mudanças de comportamento, propiciar calma, esperança e apoio aos pacientes e familiares.

Neste sentido essa pesquisa tem como objetivo relatar sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado.

METODOLOGIA

As informações para a elaboração desta pesquisa foram obtidas a partir do levantamento de artigos científicos, publicados entre os anos de 2000 e 2015 em periódicos como: Scielo, LILACS, Revista Latino Americana de Enfermagem; Revista Brasileira de Enfermagem; Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica; Revista Escola de Enfermagem USP; Revista Brasileira de Queimaduras; Revista de Estudos Experimentais; Revista de Enfermagem UNISA 2005; Arq. Med. ABC; Revista de Enfermagem UFPE online; Sociedade Brasileira de Queimaduras; Anais Brasileira de Dermatologia.

Cabe destacar que os descritores “enfermagem, queimados, queimaduras, humanização, cuidado humanizado, paciente queimado, cuidados, assistência, sistematização de enfermagem, assistência de enfermagem, pacientes queimados” foram os principais aplicados nas bases supracitadas.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos publicados entre 2000 e 2015, em língua portuguesa e disponível na íntegra gratuitamente na internet. Os artigos que não atenderem esses critérios foram excluídos.

A coleta de dados foi iniciada com a leitura dinâmica a fim de analisar se o material era relevante para a pesquisa. A porção denominada exploratória foi estabelecida com a leitura dos resumos e da introdução dos materiais, com intuito de abstrair os artigos pertinentes sobre o tema da pesquisa. Após a apuração do material, foi efetuada a leitura seletiva dos elementos constantes nas fontes para elaboração do trabalho. Essa etapa da leitura crítica fundamentou-se em ler todos os artigos minuciosamente, observando os detalhes favoráveis para subsidiar o trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram utilizados como base para formação dos resultados 14 artigos. Os dados obtidos foram organizados em três categorias para melhor compreensão: O cuidado humanizado, Cuidado Humanizado ao Queimado, Assistência de enfermagem aos pacientes queimados e Sistematização da Assistência de Enfermagem a vítimas de queimaduras.

O Cuidado Humanizado

Cuidado sugere um acontecimento verdadeiramente fundamental, ou seja, um acontecimento que é a sustentação possibilitadora da existência humana na mesma proporção que o cuidado apresenta o ser humano enquanto caminha pelo tempo¹⁷.

A humanidade é diversificada especialmente pela arte do cuidar, uma vez que cuidar caracteriza amor, amizade, cura. Subtrair essa arte significa que os seres humanos iriam contra a própria natureza. O que ocorre é o gradativo desmemoramento dessa humanidade que conseqüentemente o cuidado humanizado preconiza, um mecanismo de amenizar as implicações do sistema do que o cuidado propriamente dito¹⁷.

Geralmente, quando o cuidado em saúde é citado consideramos um aglomerado de condutas habilidosamente conduzido para o bom desfecho do tratamento. Na realidade, cuidar é uma forma de se associar com outro considerando suas características particulares, introduzindo numa família e numa população¹⁸.

Nesta perspectiva de cuidado, como uma ligação mútua, estão expostos o afeto, as comoções, religiões, princípios e conhecimento de um e outro sujeito. Principalmente para os enfermeiros e técnicos em enfermagem, o cuidado não deve ser somente um mecanismo ou um assunto unicamente íntegro, e sim um método atribuído de intersubjetividade e sensações divididas entre o enfermo e o profissional de enfermagem¹⁸.

Ainda que haja muitas incompatibilidades em âmbito hospitalar, constatamos que para os especialistas, a prática de cuidar não se delimita ao entendimento científico e sua função, uma vez que, um pacto entre duas pessoas, erguida por intermédio de seu conhecimento de vida, em que há trocas de formação e expansão recíprocas¹⁸.

Cuidado Humanizado ao Queimado

A pessoa que sobrevive a um trauma térmico modifica-se para um enfermo excessivamente complicado e confuso de cuidar. Os primeiros instantes de consciência depois de um incidente, o sofrimento que se apresenta durante a terapia cotidiana e o comprido período de internação, entre outros fatores, reivindicam um cuidado específico e humanizado. A empatia de colaborar para o andamento de reabilitação, compreender a evolução do ferimento e de acolher o visitante dos pacientes após a alta, foi provado como enfoque satisfatório do trabalho. O comprometimento em ofertar atendimento de qualidade, percorre a inevitabilidade de ir atrás de suporte psicológico para encarar eventos de estresse, em tal grau pelas circunstâncias contrapostas de trabalho quanto pelas situações depreciativas e desequilibradas dos pacientes¹⁹.

Torna-se significativa levar em deferência que os seres humanos apontam particularidades próprias e, por serem distintos, apresentam soluções diferentes quando são apresentadas a situações equivalentes. As concepções de reiteração do paciente à comunidade em que habita e o prejulgamento dessas pessoas em associação às cicatrizes da queimadura foram constatados por enfermeiros e técnicos de enfermagem, como peculiaridades que atrapalham a reinserção social dos pacientes queimados, depois que recebem alta¹⁹.

O comparecimento e atuação dos pais e familiares e a humanização do cuidado são fundamentos básicos para apaziguar a circunstância apavorante e desesperadora do âmbito hospitalar. O argumento cultural está exatamente envolto com a prática de cuidar. Existem profissionais que são mais entusiastas e afetuosos, já alguns outros são mais lógicos, conversam menos. Dessa maneira, cada um tem qualidades singulares, conhecimentos e religiões que controlam seus atos de confronto. Neste sentido que adentra o cuidado humanizado, pois diminui o sofrimento, se assume como uma chance de afinidade e de obtenção da confiança do paciente²⁰.

Assistência de enfermagem e SAE aos pacientes queimados

As vítimas de queimaduras sofrerão uma interrupção súbita no seu cotidiano que acarreta em ansiedade e medo, que perdem a relevância frente à luta pela sobrevivência²¹. As lesões por queimaduras afetam tanto fisicamente como psicologicamente, e os anseios também são sobre o seu futuro, sua aparência física e o seu convívio social será limitado. Portanto, o enfermeiro tem que ser cuidadoso para

Revisão

instruir a vítima e seus familiares, dando o suporte emocional necessário para reduzir esse sofrimento⁸.

Artz *et al.* (1980 *apud* Rossi *et al.*, 2000) afirma que a dor da queimadura está relacionada com as atividades específicas, tais como, limpeza da ferida, desbridamento, mudanças de curativos e fisioterapia¹⁰.

O paciente pode reagir a dor de três maneiras: ignorando-a, reagindo ou apresentando uma super-reação. Portanto, o enfermeiro não deve subestimar a dor do paciente em função da reação apresentada, mas sim procurar avaliar e intervir nessa situação. A dor pode ser instigada também devido à solidão, o enfermeiro deve escutar e confortar o paciente, a fim de propiciar um bem-estar²².

A assistência do profissional de enfermagem ao paciente é integral, constante e diária, os enfermeiros participam ativamente em todos os processos do tratamento e, são vistos pelos pacientes ora como agentes que provocam a dor, devido aos curativos, ora como provedor do alívio da dor²².

É imprescindível que o enfermeiro tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem após uma queimadura, colocando em pratica suas habilidades e competências durante todo o tratamento, até a reabilitação do paciente³. O enfermeiro deve dispor de um pensamento crítico que favoreça à tomada de decisão clínica e ajude a detectar as necessidades do paciente e quais atitudes serão mais adequadas¹¹.

Uma vítima de queimadura necessita que o profissional de enfermagem que vá participar de seu tratamento, seja completamente competente, que seria a junção de conhecimento científico, qualificação técnica e valores tanto pessoais quanto profissionais. De acordo com a Lei nº 7.489, de 25 de junho de 1986 que fundamenta que cuidados que requisitam maiores complexidades sejam feitos por enfermeiros, assim como cuidados com pacientes substanciais com risco de morte, cuidados que exijam conhecimento de base científica e com predisposição para encarregar-se de decisões emergentes²³.

Na elaboração de uma assistência pelo profissional de enfermagem, é assegurado a sua responsabilidade com o paciente, dado que o planejamento assegura a prescrição apropriada, supervisiona o funcionamento e organização da equipe, concede diagnósticos sobre as necessidades do indivíduo, analisa os resultados e qualidade da assistência prestada, pois conduz as intervenções. O profissional de enfermagem deve ter o conhecimento apropriado sobre a fisiopatologia

Revisão

da queimadura para a prevenção de complicações e para que as intervenções sejam convenientes em cada etapa do tratamento²⁴.

A sistematização da assistência de enfermagem, de acordo com o Coren e Cofen é tarefa exclusiva do enfermeiro, e é obrigatória desde de janeiro de 2000 segundo o Coren de São Paulo (1999), que regulamenta a implantação da SAE em estabelecimentos de saúde, como prática exclusiva do enfermeiro²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa relatou sobre o cuidado humanizado e assistência de enfermagem ao paciente queimado, onde o cuidado não é somente um conjunto de condutas habilidosamente conduzidas para uma boa resposta no tratamento, é uma prática complexa que considera o paciente com um ser digno com necessidades, espirituais, sociais e psicológicas e não apenas como enfermo com precisões biológicas. Ainda que haja muitos conflitos no ambiente intra-hospitalar, alguns especialistas acreditam que o cuidado não se baseia apenas em teoria e sua função, mas sim uma conexão do profissional com o paciente, havendo trocas de formação e experiência, contudo alguns pacientes não permitem essa aproximação.

Em um paciente que sofreu um trauma térmico, essa humanização é muito mais do que necessária pois o paciente além de lidar com a parte biológica do tratamento que são dores, cicatrizes, etc. tem que lidar com o retorno a sociedade, o preconceito com a aparência dependendo do quanto seu corpo foi comprometido, afastamento da família e do trabalho, ou seja, a parte psicológica e emocional desse paciente é extremamente sensível. É onde o profissional de enfermagem tem que compreender que conviver e cuidar desses indivíduos, é um trabalho que exige muita atenção e uma visão holística pois cada um terá sua história e nenhuma delas será igual, portanto o plano de cuidados terá de ser individualizado para uma melhor resposta ao tratamento proposto e uma melhor qualidade de vida. A sistematização assistência de enfermagem é uma das melhores ferramentas para que o plano de cuidados com esse tipo de paciente seja individualizado e organizado para que não haja erros comprometendo ainda mais a saúde do indivíduo e deve ser realizado por enfermeiros.

Assim concluímos que esse trabalho contribui para o entendimento que o cuidado é muito mais do que uma prática com um paciente, é a junção de todo um conhecimento teórico com valores pessoais e profissionais dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

01. SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUEIMADURAS. SBQueimaduras. Queimaduras, 2015. Disponível em: <<http://sbqueimaduras.org.br/>>. Acesso em: 16 mar. 2015.
02. VALE, Everton. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2005; 80(1):9-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mar. 2015.
03. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
04. OLIVEIRA, Kelen; PENHA, Camila; MACEDO, Júnia. Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras. Arq Med ABC. 2007; 32(2):55-8. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/221/217>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
05. PRUDENTE, Patrícia; GENTIL, Rosana. Atuação do enfermeiro durante o atendimento pré-hospitalar a vítimas de queimaduras. Revista Enfermagem UNISA. 2005; 6:74-9. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-13.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2015.
06. PEREIRA, Saul; *et al.* Estudo de pacientes vítimas de queimaduras internados no Hospital Nossa Senhora Da Conceição em Tubarão - SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2007; 36(2):22-7. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/487.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
07. CARLUCCI, Viviane *et al.* A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. Revista Escola de Enfermagem USP. 2007; 41(1):21-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a02.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
08. PINTO, Edith. *et al.* O sentimento e a assistência de enfermagem perante um grande queimado. Revista Brasileira de Queimaduras. 2014; 13(3):127-9. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=210>. Acesso em: 29 mar. 2015.
09. RAMBO, Ethel. *et al.* O cuidado prestado pela enfermagem no espaço da UTI sob a ótica de pacientes – revisão sistemática. Revista de Enfermagem UFPE On line. 2011; 5(5):1272-279. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1337/pdf_561>. Acesso em: 29 mar. 2015.
10. ARTZ, Lieut. *et al.* Queimaduras. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. In: ROSSI, Lídia *et al.* A dor da queimadura: Terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Revista latino-am. Enfermagem. 2000; 8(3):18-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
11. SILVA, Regina; CASTILHOS, Ana Paula. A identificação de diagnósticos de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. Revista Brasileira de Queimaduras, 2010; 9(2):60-65. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=36>. Acesso em: 29 mar. 2015.
12. ASSIS, Cledi. Os Profissionais de Enfermagem Frente À Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar. FIOCUZ Fundação Oswaldo Cruz Ministério da Saúde. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3049/2/Cledi.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
13. TRUPPEL, Thiago; *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. Brasília, 2009 mar-abr: 62(2): 221-7. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
14. BARROS, Débora; CHIESA, Anna. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo. 2007. v:41. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500009>. Acesso em: 22 out 2017.
15. RESOLUÇÃO COFEN 358/2009. “Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências”. Disponível em:< http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 22 out 2017.

Revisão

16. CUNHA, Sandra; BARROS, Alba. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn* 2005 set-out; 58(5):568-72. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>>. Acesso em: 22 out 2017.
17. CORBANI, Nilza; BRÊTAS, Ana; MATHEUS, Maria. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2009; 62(3):349-54. Disponível em: < <http://oaji.net/articles/2015/672-1438885996.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016.
18. SANTANA, Júlio. *et al.* O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. *Rev. Enfermagem Revista*. 2012; 15(1). Disponível em:< <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3272/3652>> Acesso em: 20 abr. 2016.
19. DUARTE, Maria. *et al.* Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(1):77-84. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n1/a11v33n1>> Acesso em: 20 abr. 2016.
20. SOARES, Nataly; TACLA, Mauren. Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada. *Invest. educ. enferm.* 2014; 32(1). Disponível em:< http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2016.
21. BERGAMASCO, Ellen *et al.* Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(2):170-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a08v57n2.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2015.
22. ROSSI, Lídia *et al.* A dor da queimadura: Terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista latino-am. Enfermagem*. 2000; 8(3):18-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12395.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2015.
23. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Decisão COREn- SP-DIR/008/1999 “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo”. [citado 2007 nov. 17]. Disponível em: < <http://www.coren-sp.gov.br/node/30749>>. Acesso em 22 out 2017.
24. TEIXEIRA, Cristiane; ALMEIDA, Willian. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente queimado. *Revista Científica do Unisalesiano*. Lins. SP. 2012; jan/jun, 3(6). Disponível em:< <http://www.salesianolins.br/universitaria/artigos/no6/artigo2.pdf>>. Acesso em 22 out 2017.

A evolução dos cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal em duas décadas no Brasil.

Giwliarda Fernandes Manzan¹, Flávia Pinheiro Della Giustina.²

¹Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem (FACIPLAC). Gama, DF, Brasil. E-mail: giwliarda@hotmail.com

²Professora do curso de Enfermagem (FACIPLAC). Mestre em Psicologia. Gama, DF, Brasil. E-mail: flavia.giustina@faciplac.edu.br

RESUMO

Os cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal sofreram mudanças ao longo dos anos, hoje tem como principal objetivo promover a qualidade de vida dos pacientes, principalmente aos pacientes que se encontram em fase avançada da doença e em que não há previsão de reverter o quadro, priorizando sempre o melhor interesse do paciente e repudiando futilidades, em sua concepção, organização e funcionamento. O objetivo desse estudo foi levantar os cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal nos últimos 20 anos no Brasil. Essa pesquisa é uma revisão integrativa, cujos dados foram coletados nas bases LILACS, SCIELO, e biblioteca BDENF de artigos que abordam a temática em questão, escritos na língua portuguesa, e publicados entre os anos de 1997 a 2017. A seleção da amostra foi feita pela leitura do texto completo disponibilizado online.

Descritores: Cuidados, Paciente terminal, Enfermagem.

ABSTRACT

Nursing care with the terminally ill patient has undergone changes over the years, today its main objective is to promote patients' quality of life, especially to patients who are at an advanced stage of the disease and who are not expected to reverse the condition, always prioritizing the best interest of the patient and repudiating futilities, in its conception, organization and functioning. The objective of this study was to raise nurses' care with the terminal patient in the last 20 years in Brazil. This research is an integrative review, whose data were collected in the LILACS, SCIELO, and BDENF databases of articles that address the subject in question, written in the Portuguese language, and published between 1997 and 2017. The criteria used for the selection of the sample were, with the full text available online.

Key words: Care, Terminal Patient, and Nursing.

INTRODUÇÃO

Ultimamente, com os diversos estudos tratando de eventos adversos em saúde acontecidos pelo mundo, os cuidados da enfermagem na fase terminal são fundamentais ao se tratar de saúde⁽¹⁾. Essa ideia de cuidados no processo de morte e morrer já haviam sido citados na frase “a morte não mais é vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, deve ser bem-vinda e recebida como um amigo que trará alívio aos sofrimentos⁽²⁾.”

O cuidado de enfermagem vai muito além do cuidado técnico, Pois cuidar de alguém implica importar-se com o outro, e a enfermagem como um ato humano de ajuda, apresenta uma lógica baseada na evolução das habilidades de comunicação interpessoal do enfermeiro. O cuidado paliativo foi definido como medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais⁽³⁾.

O cuidado paliativo encontra respaldo no paradigma humanitário e solidário de cuidar, que utiliza os benefícios da evolução técnico-científica, porém, privilegia os princípios éticos, promovendo a morte humana e digna, no momento em que acontecer em contraposição, o modelo técnico-científico vigente na assistência à saúde ajuda na utilização dos recursos tecnológicos mais novos para prolongar a vida de qualquer forma, mesmo provocando maior sofrimento para o paciente e sem perspectivas de qualidade de vida e sobrevida⁽⁵⁾.

Considera-se que o paciente perde apenas seu corpo físico do qual não necessita mais, porém suas ações sobreviverão. Buscar conhecimento sobre as fases pelas quais passa o paciente terminal é de suma importância para que se possa prestar o cuidado adequado, respeitando e ajudando a aliviar seu sofrimento nesse momento tão difícil. Enfim, morte é um processo para o qual as pessoas parecem não estar preparadas para enfrentar, mas com certeza enfrentarão um dia⁽⁵⁾.

A enfermagem que possui a maior quantidade de profissionais em saúde no Brasil tem total envolvimento com o paciente, como também o papel da enfermagem ajuda nesse aprendizado e apoio aos familiares enlutados, afinal, a morte faz parte do ciclo vital de todos os seres humanos, e encará-la passivamente, talvez seja um dos maiores desafios que a vida ainda reserva⁽⁷⁾. Por isso cuidar representa desafios a serem superados pelo enfermeiro, envolvendo longos períodos de tempo dispensados

Revisão

ao paciente, desgastes físicos, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos mentais e físicos⁽⁵⁾.

A fase terminal da doença é tida como a mais difícil e angustiante. Na última semana de vida, os principais problemas dos pacientes, geralmente, são administrar à dor, a insuficiência respiratória, a confusão, seguidos por ansiedade e por depressão. Desta forma, o enfermeiro tem um papel muito importante nos aspectos práticos, sociais, físicos e emocionais do paciente, bem como nas decisões a serem tomadas no fim da vida⁽⁶⁾. A forma como a morte é enfrentada em uma sociedade muda absurdamente de cultura para cultura, e de uma época para outra. A morte nunca apresenta da mesma forma para pessoas diferentes e muda ao decorrer da vida de cada pessoa, conforme a cultura e as experiências pessoais de cada pessoa⁽⁷⁾.

Na graduação, os estudantes nem sempre estão preparados para perder vidas, entendem que a morte se afasta de todas suas vivências, e que o final não representa o enfoque da vida acadêmica⁽¹⁷⁾. Apesar de lidar com pessoas, os estudantes vivem como se operassem objetos ou coisas, separam completamente o corpo biológico de cada pessoa e sacrificam suas emoções, quando muitas vezes não se permitem aproximar dos pacientes assistidos e seus familiares, deixando a sensação de trabalho triste e incompleto, frente as experiências fracassadas de evitar o término da vida. Assim passa por uma fase de profundos questionamentos existenciais quanto ao enfrentamento da morte em sua profissão. Muitas vezes o profissional, ainda como acadêmico, não foi estimulado a refletir sobre a morte e ao morrer, podendo ser tomado de forma abrupta pelo pesar, e mais, não conseguir assistir à pessoa que está morrendo e sua família, em razão da morte se configurar como momento de muito sofrimento e fracasso da ação principal em manter a vida⁽⁸⁾.

O papel do enfermeiro sempre será ajudar o paciente em todos os momentos e sentidos, dando apoio emocional, atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. O profissional de enfermagem deve estar pronto e seguro para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes terminais e qualificado para saber lidar com os familiares, conquistando confiança e fortalecendo o vínculo dessa situação⁽¹⁰⁾.

O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações terminais tem consequências para os profissionais como: a sensação de fracasso do que seria a sua missão: “curar o doente, do qual decorre o abandono do paciente a seu próprio destino”, e também se manifesta no desinteresse que impede o profissional de conhecer o universo desse paciente: “suas queixas, suas esperanças e

Revisão

desesperanças, em suma, tudo o que ele sente e pensa nesse período de sua vida, e cujo conhecimento o ajudaria a se do processo de morrer⁽¹²⁾.

As fases do processo de morrer são divididas em cinco estágios. Os cinco estágios são descritos como: 1) negação; 2) raiva; 3) barganha; 4) depressão e 5) aceitação. Após o diagnóstico de terminalidade, evidenciam-se diferentes comportamentos, sendo que o paciente pode passar por todos em uma ordem cronológica de acontecimentos, ou não, podendo também não passar por todos estes estágios⁽¹³⁾. O período que antecede a morte de um familiar ou pessoa próxima requer reflexões, impinge sentimentos e afetam a estrutura psicológica, afetiva, social e física de um grupo familiar ou social. A iminência da morte é algo que, dificilmente, se encara com certo equilíbrio. Dilemas infindos surgem, como éticos, morais, religiosos e jurídicos, e, neste último, sabe-se que os médicos têm responsabilidade, embora não se tenha um entendimento unívoco sobre a natureza jurídica da responsabilidade civil médica⁽¹⁶⁾.

A prática da ortotanásia significa morte correta, ou seja, a morte pelo seu processo natural. Neste caso, o doente já está em processo natural da morte e recebe uma contribuição do médico para que este estado siga seu curso natural. Assim, ao invés de se prolongar artificialmente o processo de morte (distanásia), deixa-se que este se desenvolva naturalmente (ortotanásia). Somente o médico pode realizar a ortotanásia, e ainda não está obrigado a prolongar a vida do paciente contra a vontade deste e muito menos aprazar sua dor, isso porque a finalidade do médico que interrompe o tratamento terapêutico, por consentimento do paciente ou da família ou por uma decisão médica, é reduzir o sofrimento do doente sem nenhuma chance de cura. No caso do paciente, em estado terminal, há o respeito a sua autodeterminação, e expressão de sua vontade, um direito de escolha, que objetiva privilegiar a liberdade; é o direito de autogovernar-se⁽¹¹⁾. Em outras palavras, da sua prática que recai sobre aceitar a morte. Existem discussões sobre os métodos paliativos de prolongamento da vida ou a atitude de deixar a doença seguir seu “curso natural. Por outro lado, por meio da prática ortotanásia, é possível que o ser humano tenha uma morte digna, ou que chamam de humanizar a morte⁽¹⁵⁾.

A eutanásia é proibida no Brasil, mas a ortotanásia é permitida, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), a partir do julgamento de mérito da ação civil pública 2.007.34.00.014809. Logicamente, a Resolução acata tal determinação¹⁷. Na prática da ortotanásia, há conduta lícita e resguardada pelo

Revisão

ordenamento jurídico brasileiro. Quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, e não como um fracasso, a ortotanásia é aceita como um procedimento realizado com base no respeito à morte digna, que significa dizer que é a humanização do processo morte. Se todo o processo da vida deve ser pautado no respeito à dignidade, não há dúvida que o processo de morte também deve ser guiado pelo respeito à dignidade da pessoa humana⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar as publicações científicas sobre a evolução dos cuidados do enfermeiro com os pacientes em fase terminal. A escolha do tema foi conduzida a partir da atualidade e importância, além da expectativa de contribuir para o âmbito acadêmico considerando o papel da enfermagem que está no cuidado de todo o processo terapêutico do paciente e pode diminuir os riscos de danos desnecessários ao paciente ao longo do tempo através do conhecimento.

METODOLOGIA

Essa pesquisa é uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, a fim de verificar como vem sendo a evolução dos cuidados do enfermeiro com o paciente em fase terminal? O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciência de Saúde), BDENF (Bases de dados de Enfermagem) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).

Para o levantamento dos artigos, foram utilizados os descritores: cuidados; paciente terminal e enfermagem. Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram artigos que abordassem a temática em questão, escritos na língua portuguesa, publicados entre os anos de 1997 a 2017, com o texto completo disponibilizado online. Foram excluídos estudos que não abordassem o objetivo do estudo, escritos em língua estrangeira, publicados antes de 1997 e que não estivessem disponíveis para leitura na internet.

Considerando esses critérios, foram identificados 21 artigos nos bancos de dados. Após a leitura criteriosa desses, muitos artigos encontrados no levantamento bibliográfico foram descartados, por não conterem as informações necessárias para responder as questões propostas neste trabalho, mesmo tendo os mesmos descritores propostos pela pesquisa, 10 artigos foram selecionados para análise, pois respondiam as questões propostas no trabalho.

Revisão

Dessa forma, a amostra final foi composta por 10 trabalhos científicos. Para obtenção das informações que respondiam a questão norteadora da pesquisa elaborou-se um quadro que contemplava: identificação do artigo e dos autores, tipo de pesquisa desenvolvida, objetivo, cuidados com o paciente, atuação do enfermeiro e conclusões; Essas informações retiradas dos artigos possibilitaram uma análise dos conteúdos observados.

RESULTADOS

Para coleta de dados, o quadro abaixo contém itens retirados das perguntas que nortearam esse trabalho, e que atenderam aos objetivos: Qual é a atuação do enfermeiro? Quais são as evoluções dos cuidados com o paciente? Como os artigos concluem os estudos sobre os cuidados com o paciente?

| | Autor. | Artigos/Anos/ | Abordag | Objetivo | Atuação | Conclusões. |
|---|---|--|--|---|---|---|
| | | | em. | do trabalho. | do enfermeiro/ | |
| | | | | | Cuidados com o | |
| | | | | | Paciente. | |
| 1 | Pessini L. (1997) | Distanásia: até quando investir sem agredir. | Revisão bibliográfica qualitativa. | Entender além dos limites naturais. | Não prolongar a morte. | Não enão maltratar terapeuticamente. A perspectiva proposta é a de morrer com dignidade. |
| 2 | Costa JC, Lima RAG. (2005) | Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/ adolescente no processo de morte e morrer. | Revisão bibliográfica qualitativa. | Compreender a visão do enfermeiro diante do processo morte/morrer dos pacientes; | Estudar a morte Se fazer presente. Ter preparo pessoal e profissional procurando reduzir o estresse e a ansiedade. | O enfermeiro que tem entendimento sobre morte e morreré um profissional mais humanizado e solidário, preparado para cuidar da pessoa na vida, na proximidade de morte e na morte. |
| 3 | Rezende VL, Derchain SM, Botega NJ, vial DL. (2005) | Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. | Revisão bibliográfica qualitativa. | Possibilitar a avaliação multidimensional dos cuidadores de pacientes com câncer na fase terminal da doença. | Apoio emocional. | As necessidades do cuidador incluem necessidades cognitivas, emocionais e físicas. E, finalmente, a qualidade de vida é definida como bem- estar físico, emocional e social. |

REFACI

Revisão

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| 4 | <p>Percepção de Enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva.</p> <p>Chaves AAB. (2006)</p> | Revisão bibliográfica qualitativa. | Conhecer a percepção do enfermeiro sobre dilemas éticos existentes na assistência ao pacientes terminais. | Oferecer assistência digna e humanizada, além do domínio de tecnologias empregadas ao paciente em fase terminal. | Não há sobreposição de filosofias no tocante aos cuidados paliativos, à ciência e à relação entre profissional e paciente, mas estes caminham lado a lado para garantir a dignidade no final de vida de um paciente. |
| 5 | <p>Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva.</p> <p>Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB et al. (2008)</p> | Revisão bibliográfica qualitativa. | Avaliar o estado atual do conhecimento sobre doença terminal e cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. | Suspender de medicamentos fúteis. Privilegiar o controle da dor. Respeitar às necessidades e anseios individuais | A adequada comunicação foi considerada de primordial importância para a condução do tratamento de um paciente terminal. |
| 6 | <p>A ética da enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais.</p> <p>Bernardes APF, Gasda VLP, Pezenti D, PinheiroSR. (2008)</p> | Revisão bibliográfica qualitativa. | Analisar decisões relacionadas com a suspensão/abstenção de terapêuticas consideradas desproporcionadas em doentes terminais. | Oferecer dignidade humana. | Através da declaração antecipada de vontade, o declarante adulto e capaz, que se encontra em condições de plena informação e liberdade, pode determinar quais os cuidados de saúde que deseja ou não receber no futuro. |
| 7 | <p>Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem.</p> <p>Sadala MD, Silva FM. (2009)</p> | Revisão bibliográfica qualitativa. | Buscar compreender como alunos de graduação em Enfermagem percebem a si mesmos ao cuidar de pacientes em fase terminal e expor os significados da experiência vivida | Enfermeiro, ao cuidar, percebe-se como pessoa, percebe os próprios sentimentos e limitações e busca apoio externo para superar as dificuldades e envolver-se terapêuticamente com o paciente, no objetivo de ajudá-lo | É possível discutir e refletir sobre os efeitos do modelo na assistência à saúde e elaborar propostas para introduzir, na formação profissional, objetivos e conteúdos visando habilitar os enfermeiros para assumir o cuidado integral do paciente. Preparar profissionais voltados para o cuidado humanístico. |
| 8 | <p>Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.</p> <p>Santana JCB, Paula KF, Campos ACV, Rezende MAE, Barbosa BDG, Dutra BS et al. (2009)</p> | Revisão bibliográfica qualitativa Exploratória | Compreender o significado atribuído pela equipe de enfermagem aos cuidados paliativos com pacientes terminais. | Humanizar o cuidar dos pacientes terminais; Presença da família: ligação no final da Vida; Necessidades básicas do paciente terminal; | Cuidar de pacientes terminais exige muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, requer a compreensão a fundo de sua individualidade, a partir de um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana, contribuindo conseqüentemente, |

Revisão

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|
| | | | | | com o processo de humanização dos cuidados paliativos. |
| 9 | O Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. Frazeti FR, Gutierrez, BA. (2011) | Revisão bibliográfica qualitativa. | Identificar e analisar o significado do processo de morrer para cuidadores familiares de pacientes idosos em cuidados paliativos. | Oferecer cuidados paliativos para intensificar os sentimentos. | Torna-se evidente que a equipe paliativista precisa colaborar junto ao cuidador familiar, no sentido de tentar amenizar essa situação. |
| 10 | Eutanásia: o direito à morte com dignidade e autonomia. Dangui ZT, Sandri SJ. (2013) | Pesquisa bibliográfica. Teórico. Dedutivo. | A possibilidade de alcançar a morte com dignidade, para que a sociedade como um todo, principalmente profissionais da saúde possam deixar de lado os pré-conceitos e criando, uma visão mais crítica deste tema que ainda é motivo de discussão no Brasil e no mundo. | Não prolongar a morte. Deixar o paciente ter autonomia sobre a escolha do seu tratamento. | Nesse entendimento a ortotanásia considera-se a deliberada abstenção ou interrupção do emprego dos recursos utilizados para a manutenção artificial da vida do enfermo terminal, possibilitando que este morra naturalmente, nos casos em que a cura é inexistente |

DISCUSSÃO

Os dados foram analisados segundo a atuação do enfermeiro e os cuidados com o paciente.

Para 7 autores, é necessário que o enfermeiro preste uma assistência eficaz, solidária, integrada, e humanizada, uma vez que a assistência humanizada é de grande relevância em um momento tão delicado e doloroso. O enfermeiro presta cuidados de maior complexidade técnica, precisando ter um olhar holístico, bom humor, atenção, boa vontade e paciência, fazendo uso de terminologias simples para ajudar na comunicação e retorno de ambos. A relação entre enfermeiro e paciente leva ambos a aprender mais acerca de si mesmo. O enfermeiro aumenta progressivamente o conhecimento de suas próprias possibilidades. Ele aprende a respeitar e a apreciar a singularidade de cada paciente e se dá conta que cada um reage de uma forma singular, diante de uma doença ou diagnóstico. Dessa forma o papel do enfermeiro sempre será ajudar o paciente em todos os momentos e sentidos, dando apoio emocional, atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. A humanização implica a necessidade de um cuidar diferenciado, pautado na valorização da qualidade de vida e do bem-estar biopsicossocial e espiritual do paciente, visando direcionar a assistência de saúde e, em especial, a de enfermagem,

Revisão

por meio de uma visão holística e integral, revelando-se, assim, um "cuidar humanizado" ⁽²¹⁾.

Para outros 2 autores, o enfermeiro deve ser devidamente capacitado para oferecer assistência digna ao paciente terminal, o cuidado com o paciente terminal pressupõe capacitação técnica do enfermeiro ao executar suas funções, assim como capacidade de perceber e compreender o paciente em sua experiência existencial, atentando para suas necessidades intrínsecas e favorecendo um enfrentamento positivo do momento vivido, além de preservar a sua autonomia, ou seja, o direito de decidir quanto ao que deseja para si, para sua saúde e seu corpo, por ser este direito uma das primeiras coisas diminuídas ou perdidas quando se adocece. Por isso, o profissional de enfermagem deve estar pronto e seguro para prestar um atendimento de qualidade aos pacientes terminais e qualificado para saber lidar com os familiares, conquistando confiança e fortalecendo o vínculo dessa situação ⁽²¹⁾.

E dos 10 artigos, 2 contemplam a importância da morte digna. Alguns enfermeiros ainda mostram dificuldades a entender que a morte é uma consequência natural da vida, quase sempre, considera-se um acidente inadmissível e todos os meios têm sido utilizados para, ao menos, retardá-la, deste entendimento equivocado, brota a distanásia ou obstinação terapêutica que se caracteriza pelo uso excessivo da tecnologia nos tratamentos médicos, mesmo nas situações de fim de vida, em que os procedimentos médicos não são capazes de modificar o quadro mórbido, além de causarem mais sofrimento do que alívio para o paciente terminal. Opondo-se à distanásia, surge o conceito de ortotanásia, que significa morte correta, morte digna. Caracteriza-se pelo não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural, através da não utilização ou da interrupção de tratamento, cuja aplicação ou permanência seria inútil, em se tratando de quadro clínico irreversível. Nesta situação, o paciente já se encontra no processo natural de morte, sendo que o médico deixa que esse estado se desenvolva no seu curso natural. Assim, uma impede a outra: ao invés de se prolongar artificialmente o processo de morrer (distanásia), deixa-se que este se desenvolva de modo natural (ortotanásia). Portanto, é a morte em seu tempo certo, sem abreviação (eutanásia) ou prolongamento desproporcional do processo de morrer (distanásia). Deve-se ressaltar que há diferença entre a doença aguda, em que tudo deve ser feito, pois há a possibilidade de vida, e a doença terminal, cuja recuperação não é mais possível ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Comparando os artigos a evolução da enfermagem ocorreu de forma gradativa e influenciada pelos padrões da sociedade nas duas últimas décadas no Brasil. Assim, o cuidado passou de uma assistência limitada a uma assistência holística, que é transmitida de uma geração a outra, mostrando uma assistência além da técnico-científica, através da formação de profissionais com um olhar mais humanístico, que exercem seus conhecimentos em hospitais e por onde passam.

O profissional de enfermagem precisa ser tolerante, ter consciência das diferenças e conhecimento para realizar intervenções que respeitem as culturas e crenças de cada região e de cada paciente. Nada é mais valioso que a dignidade da pessoa humana, nasce então uma sabedoria a partir da reflexão, aceitação e assimilação do cuidado da vida humana no sofrimento do adeus final. Entre dois limites opostos, de um lado a convicção profunda de não matar, de outro, a visão para não adiar simplesmente a morte. Ao não matar e ao não maltratar terapêuticamente, está o amor, desafio difícil este de aprender a amar o paciente terminal sem exigir retorno, num contexto social em que tudo é medido pelo mérito. Simpatizo com o pensamento e com as palavras de Oliver ao falar da missão do enfermeiro, cuidar é "curar às vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre".

REFERÊNCIAS

1. Kóvacs MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002, p.58-89.
2. Jefersson PP. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Departamento Pediátrico e Puericultura, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre-RS. Piva – Revista Bioética, 2009.
3. ASSOCIAÇÃO NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. Critérios de Qualidade para Unidades de cuidados paliativos. Organização de Serviços de Cuidados Paliativos; 2006
4. Salada MLA, Silva MF. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [online].2009, vol.43, n.2.
5. Rabow MW, Hauserr JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: "they don't know what they don't know". JAMA. 2004;291(4):483-91.
6. Rezende VL, Derchain SM, Botega NJ, Vial DL. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. Revista Brasileira de Cancerologia 2005;
7. Silva AM, Silva MJP. A preparação do graduando de enfermagem para a bordar o tema morte e doação de órgãos. RE Revista Enfermagem UERJ, v15, n:15 p.549-554, dezembro 2007.
8. Carvalho LS, Oliveira MAS, Portela SC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. RevEnferm UERJ. 2006; 14(4):551-7.
9. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2008; 20 (4):422-8.
10. RESOLUÇÃO COFEN-240/2000 – Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN-311/2007.
11. Santana JCB, Paula KF, Campos ACV, Rezende MAE, Barbosa BDG, Dutra BS et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. Bioethikos. 2009; 3 (1):77-86

Revisão

12. Quintana AM, Muller AC. Da Saúde à Doença: representações Sociais sobre a Insuficiência Renal Crônica e o Transplante Renal. *Revista Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 24, n. 44, p. 73-80, 2006.
13. Frazeti FR, Gutierrez BA. O Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(7), Jul; 2011.
14. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados Paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pub [Internet]*. 2006 [citado 3 Abr 2008];22(10):2055-66.
15. Lopes AC, Lima CA, Santoro FL. Eutanásia, ortotanásia e distanásia. Aspectos médicos e jurídicos. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
16. Dadalto L. Testamento Vital. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1995/2012. *Revista Bioética*.
17. Bernardes APF, Gasda VLP, Pezenti D, Pinheiro SR. (2008) A ética da enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais. *Actas do II Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem*. Associação Brasileira de Enfermagem, Curitiba, Brasil.
18. Dangui ZT, Sandri SJ. EUTANÁSIA: O direito à morte com dignidade e autonomia. Francisco Beltrão/PR; 2013.
19. Pessini, L. Distanásia: até quando investir sem agredir. In Camom V.V.A. (Org.) *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira, 1997.
20. Chaves AAB. Percepção de Enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidade de Terapia Intensiva 2006. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP) : Escola de Enfermagem, USP; 2006.
21. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/ adolescente no processo de morte e morrer. *RevLatinoam Enfermagem*, Ribeirão Preto, 13(2) p. 151-157, mar/abril; 2005.

Fatores predisponentes à síndrome de burnout e estresse em enfermeiros na unidade de terapia intensiva

Lorena Campos Santos¹; Euni de Oliveira Cavalcanti², Johnata Spindola de Ataides³,
Daiany Teles da Silva⁴

¹Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Gestão do Ensino Superior e Docência. Docente do Curso de Enfermagem da FACIPLAC. E-mail: lorena.santos@faciplac.edu.br

²Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda em Enfermagem na Universidade de Brasília (UNB). Preceptora de Atividades Práticas no Centro Universitário Euro Americano. Brasília, DF. euni.cavalcanti@hotmail.com

³Enfermeiro. Residente em Atenção ao Câncer pela ESCS, professor no Instituto Técnico de Educação de Brasília, Brasília, DF. johnataides@gmail.com

⁴Enfermeira. Professora pelo Instituto Técnico de Educação de Brasília, Brasília, DF. daiany.teles@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Burnout está relacionada ao estresse e o adoecimento/sofrimento mental, no qual o indivíduo não consegue manter um equilíbrio de natureza psíquica. O presente trabalho tem como objetivo descrever os elementos desencadeadores da Síndrome de Burnout. Trata-se de um estudo descritivo, realizado pelo método de revisão integrativa da literatura de artigos publicados entre os anos de 2006 e 2016. As Unidades de Terapia Intensiva, Emergência e Trauma alocam profissionais que estão com excesso de carga que extrapolam seus limites, portanto desenvolvendo patologias crônicas. Os resultados apontaram que tal profissional está submetido a dificuldades laborais significativas, incluindo carga horária excessiva, insatisfação com o trabalho, lidar com a morte do paciente, lidar com os familiares, dupla jornada, turno noturno, ambiente de trabalho, controle de equipamentos, ruídos e falta de recursos materiais, tais fatores são determinantes ao surgimento de estresse, ansiedade e depressão que, no contexto de trabalho dos Enfermeiros podem propiciar a Síndrome de Burnout. A Enfermagem é uma profissão que possui em sua essência o cuidado integral ao paciente, sendo responsável pelo conforto e bem-estar do indivíduo e coletivo. É necessário que as Instituições reavaliem as políticas direcionadas ao trabalhador de Enfermagem, bem como o espaço físico de seu trabalho, e as condições a que estão submetidos, tendo como foco uma maior valorização do profissional, possibilitando desta forma, uma qualidade de vida no trabalho satisfatória, e por consequência, uma produtividade da assistência com qualidade.

Descritores: esgotamento profissional; estresse psicológico; unidade de terapia intensiva; condições de trabalho.

INTRODUÇÃO

A atividade laboral dos enfermeiros tem sofrido várias transformações ao longo dos tempos impulsionada pela globalização, modernização tecnológica e novas formas de gerenciamento. Tais influências configuram uma mudança da natureza e no significado do trabalho propriamente dito, acarretando em doenças com prevalência relevante^(1,2).

Dentre as doenças relacionadas ao trabalho há destaque para os transtornos mentais principalmente a Síndrome de *Burnout* e o Estresse. Ambos podem levar à diminuição da capacidade de trabalho, fadiga, cansaço constante, distúrbios do sono, dores musculares e de cabeça, irritabilidade, ansiedade, alterações de humor e de memória, dificuldade de concentração, falta de apetite, depressão e perda de iniciativa, ocasionados por inadequação de processo laborais, os quais dificultam a tolerância, a superação ou adaptação às exigências de natureza psíquica^(2,3).

Neste sentido, a falha no enfrentamento ao estresse surge à medida que se rompe esse equilíbrio, tornando o sofrimento não mais contornável. Considerando este contexto, a síndrome de *Burnout* se caracteriza por uma condição onde se tem uma resposta patológica ao estresse laboral do tipo crônico^(1,4). O estresse laboral pode ser estudado em diferentes aspectos, como o biológico que estuda as reações endócrinas relacionadas ao estresse e o interacionista, que estuda os reflexos dos agentes estressores externos nos sintomas físicos e comportamentais do profissional⁽³⁾. A sobrecarga de trabalho é considerada como motivo principal de algumas situações, tais como acidentes com perfuro cortantes, fluidos e secreções corporais. Além disso, contusões, hipertensão arterial, alergias, epigastralgias, problemas musculoesqueléticos, adoecimento/sofrimento mental, entre outros, também são consequências do excesso de trabalho. Aponta-se ainda, que essas são algumas das causas do afastamento do trabalho por parte dos profissionais de enfermagem⁽³⁾.

No que tange a enfermagem, o Enfermeiro possui um ofício que o submete a situações geradoras de desgaste, tais como subsalários, carga horária excessiva, sobrecarga de trabalho, falta de materiais básicos para a realização da assistência, recursos humanos insuficientes, entre outros. Neste contexto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e as Unidades de Urgência e Emergência, têm sido alvo de estudos em relação as suas características peculiares de processos de trabalho. Estes setores destinam-se ao emprego de cuidados específicos e incisivos a pacientes em estado agudo ou crítico, sujeitos a instabilidade das funções vitais e à morte^(3,5-7). De forma geral, trabalhadores de Enfermagem são expostos a condições laborais, emocionais e

Revisão

fisicamente desgastantes, às quais os levam a acelerar seus ritmos laborais e a vivenciar com mais facilidade sentimentos de sofrimento.

Assim, a identificação de fatores propensores ao estresse aos Enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva são fundamentais, visto que tal conhecimento respalda gestores à adequação dos serviços, a fim de proporcionar a melhora da qualidade de vida no trabalho⁽⁷⁾.

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivo descrever os elementos desencadeadores da Síndrome de Burnout e do estresse laboral dos enfermeiros, através de uma revisão integrativa dos últimos 10 anos, de modo a contribuir para elaboração de estratégias de mudanças institucionais na gestão do processo de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura do tipo integrativa, com abordagem descritiva. No desenvolvimento desse estudo, definiram-se seis etapas a serem seguidas, a saber: identificação do problema elaboração e a seleção da questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Este estudo foi guiado pela seguinte pergunta norteadora: Quais são os elementos desencadeadores de adoecimento no trabalho dos enfermeiros atuantes no cuidado nas Unidades de Terapia Intensiva?

Para levantamento bibliográfico, utilizaram-se as seguintes bases de dados: Lilacs (Centro Latino-Americano de Informação em Saúde), Bdenf (Base de Dados de Enfermagem), e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), e com os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados na íntegra entre os anos de 2006 a 2016, em língua portuguesa e relevância com a temática proposta nesta casuística. Quanto ao critério de exclusão, eliminaram-se as monografias, teses, dissertações e resenhas nas bases de dados, bem como artigos nos quais os sujeitos eram oriundos de pacientes, outros profissionais de saúde e familiares.

A busca deu-se através dos descritores contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), a saber: “Estresse”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Esgotamento Profissional”, “Enfermagem”, “Estresse psicológico”, “Estresse Laboral”, “Síndrome de Burnout”. () Utilizou-se o operador booleano AND para realizar as combinações, apresentadas na tabela 1.

Revisão

As seis combinações realizadas nas três bases de dados totalizaram 526 trabalhos encontrados, dos quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 1. Sistematização da busca eletrônica com Operadores Booleanos

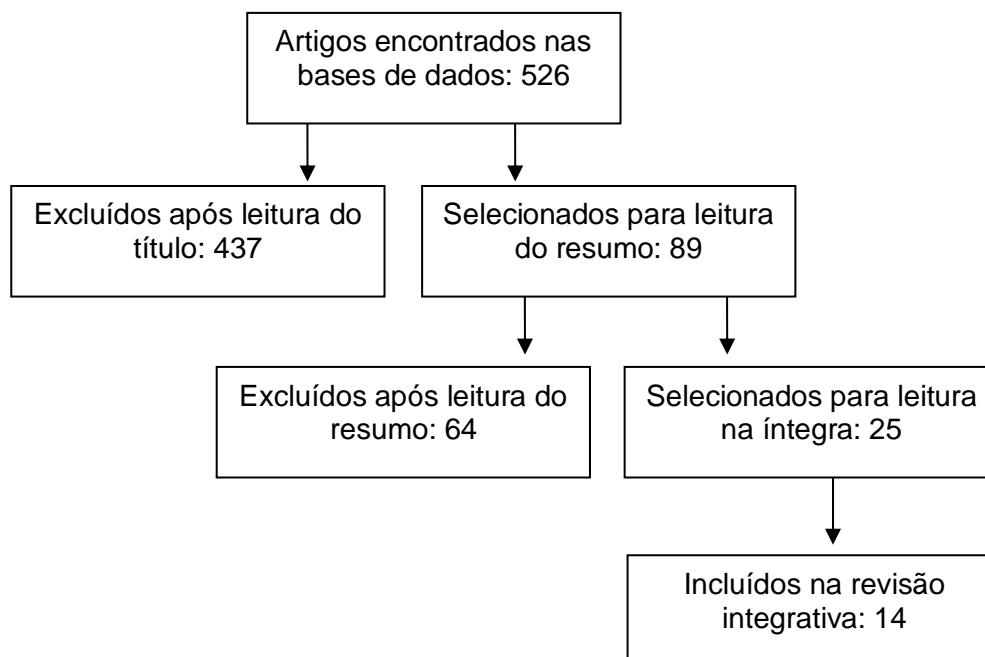
| Descritores | Medline | Lilacs | Bdenf |
|---|-----------|-----------|------------|
| “Enfermagem” AND “Estresse” | 18 | 26 | 252 |
| “Unidade de Terapia Intensiva” AND “estresse laboral” | 0 | 4 | 21 |
| “Estresse” AND “unidade de terapia intensiva” | 3 | 10 | 43 |
| “Esgotamento profissional” AND “Enfermagem” | 29 | 20 | 77 |
| “Estresse psicológico” AND “unidade de terapia intensiva” | 5 | 0 | 18 |
| TOTAL | 55 | 60 | 411 |

Dados da presente pesquisa, 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente trabalho, foram incluídos 14 artigos que atenderam amiúde à seleção previamente estabelecida (critério de inclusão).

O processo de seleção está descrito a seguir (Figura 1).



Revisão

Na totalização da sistematização da busca nas bases de dados, têm-se: Medline com 55 artigos, totalizando 10,46%; Lilacs com 60 artigos, totalizando 11,41%; e Bdenf com 411 artigos, totalizando 78,13%.

No Quadro 3, estão listados artigos sintetizados em ordem de ano decrescente (data).

Quadro 3 – Sintetização dos artigos analisados

| Nº/ Ano de pub. | Autores | Objetivo | Base de dados | Revista | Qualis/ Capes | Fatores estressores |
|-----------------|----------------|---|---------------|--------------------------------|---------------|--|
| 1/ 2013 | PANUNTO et al | Avaliar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros de UTI, bem como a e sua relação com estresse e Burnout, | Medline | Rev. Latino-Am. Enfermagem | A1 | <ul style="list-style-type: none"> • Lidar com a morte do paciente • Turno noturno • Lidar com os familiares • Controle de equipamentos • Carga horária excessiva |
| 2/ 2013 | INOUE et al | Identificar o nível de estresse em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos a pacientes críticos | Lilacs | Revista Brasileira de Enferm | A2 | <ul style="list-style-type: none"> • Lidar com a morte do paciente • Lidar com os familiares • Relacionamento interpessoal |
| 3/ 2013 | MONTE et al | Avaliar o estresse no ambiente de trabalho dos profissionais enfermeiros dentro das Unidades de Terapia Intensiva e identificar os agentes estressores associados ao desencadeamento do estresse segundo a Escala Bianchi de Estresse | Lilacs | Acta Paul Enferm | A2 | <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento Interpessoal • Admitir de paciente • Carga horária excessiva • Condições de trabalho • Ruídos |
| 4/ 2013 | SCHMIDT et al | Avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a presença de estresse e da Síndrome de Burnout entre enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. | Medline | Revista Brasileira de Enferm | A2 | <ul style="list-style-type: none"> • Ruídos • Controle de equipamentos • Luz natural do ambiente • Relacionamento interpessoal • Dupla jornada |
| 5/ 2013 | MONTEIRO et al | Compreender aspectos da organização do trabalho do Enfermeiro de UTI, bem como | Medline | Psicologia ciência e profissão | B1 | <ul style="list-style-type: none"> • Carga horária excessiva • Ruídos • Insatisfação com o trabalho • Relacionamento |

Revisão

| | | | | | | |
|----------|------------------|--|---------|--------------------------|----|---|
| | | o desencadeio de estresse e que podem estar associados ao adoecimento psíquico. | | | | interpessoal • Turno noturno |
| 6/ 2012 | VERSA et al | Como objetivo, avaliar o nível de estresse de enfermeiros intensivistas do período noturno. | Medline | Rev Gaúcha Enferm | B1 | • Condições de trabalho • Insatisfação com o trabalho • Falta de recursos materiais • Lidar com a morte do paciente |
| 7/ 2012 | RODRIGUES | O objetivo com este estudo foi investigar, por meio de revisão de literatura, os fatores que geram estresse ao Enfermeiro de UTI. | Bdenf | Rev. Min. Enferm | B2 | • Insatisfação com o trabalho • Relacionamento interpessoal • Lidar com a morte do paciente • Controle de equipamentos |
| 8/ 2011 | SCHMOELLE et al | Conhecer as condições e cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, e determinar condições de estresse. | Medline | Rev Gaúcha Enferm | B1 | • Condições de trabalho • Admissão de paciente • Falta de recursos materiais • Gerenciamento da unidade |
| 9/ 2011 | CAMPOS et al | Analisar, mensurar e avaliar o estresse e os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho do enfermeiro de UTI | Lilacs | Rev Esc Enfermagem USP | A2 | • Condições de trabalho • Assistência empregada • Relacionamento interpessoal • |
| 10/2009 | MARTINS et al | Caracterizar os enfermeiros que desenvolvem suas atividades em UTI, e verificar a presença de estresse entre eles. | Lilacs | Rev Latino-am Enfermagem | A1 | • Profissionais jovens • Recém-formados • Carga horária excessiva • Dupla jornada |
| 11/ 2008 | CAVALHEIRO et al | Identificar a presença de estresse em enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva, identificar os agentes estressores e sintomas associados | Lilacs | Rev Latino-am Enfermagem | A1 | • Condições de trabalho • Insatisfação com o trabalho • Falta de recursos materiais • Controle de equipamentos |
| 12/ 2008 | PRETO et al | Caracterização dos Enfermeiros de UTI e associação do nível de estresse relatado com idade, cargo | Medline | Rev Esc Enfermagem USP | A2 | • Administração de pessoas • Condições de trabalho • Relacionamento interpessoal • Assistência empregada ao |

Revisão

| | | | | | | |
|----------|-----------------|--|---------|------------------------|----|---|
| | | ocupado, tempo de formado e frequência a cursos de pós-graduação. | | | | paciente crítico • Lidar com os familiares |
| 13/ 2008 | GUERRER et al | Caracterizar os Enfermeiros de UTI e verificar a presença de estresse entre eles | Medline | Rev Esc Enfermagem USP | A2 | • Carga horária excessiva • Dupla Jornada • Ambiente de trabalho • Recém formado |
| 14/ 2006 | FERRAREZE et al | Investigar a ocorrência de estresse entre enfermeiros que atuam em UTI | Lilacs | Acta Paul Enferm | A2 | • Carga horária excessiva • Ruídos • Insatisfação com o trabalho • Falta de recursos materiais |

*Alguns termos foram unificados, a fim de melhor compreensão. Exemplo: Assistência = Trabalho da Enfermagem com o paciente.

Durante o período estudado, observa-se um crescimento de publicações sobre a temática, sendo que, o maior quantitativo deu-se no ano de 2013 (36%).

Em 77% dos estudos, utilizou-se de um instrumento autoaplicável, que avaliam os estressores presente nas Unidades de Terapia Intensiva. Este possui 51 itens avaliados que são quantificados pelo sujeito, numa escala de 0-7, onde 0 não se aplica, 1 pouco desgastante, e 7, muito desgastante, os quais possibilitam conhecer as áreas de maior intensidade do estressor, associando-os a seu nível de estresse. O questionário autoaplicável abrange a área de atuação do Enfermeiro como um todo, sendo agrupados em seis domínios: (A) relacionamento com outras unidades e supervisores e funcionamento adequado da unidade (B); administração de pessoal (C); assistência de enfermagem prestada ao paciente (D); coordenação das atividades (E); e condições de trabalho (F)⁽²²⁾.

Para melhor análise dos resultados, optou-se por a divisão em dois subtipos, de agentes estressores, sendo: estressores quanto à estrutura física, e estressores característicos do trabalho e recursos humanos, bem como ao processo de trabalho.

Tabela 2. Estressores encontrados quanto à estrutura física

| Agentes estressores | Abordagem pelos artigos | (%) |
|-----------------------------|-------------------------|-------|
| Falta de recursos materiais | 4 | 28,57 |
| Ruídos | 4 | 28,57 |
| Luz artificial | 1 | 7,14 |
| Controle de equipamentos | 5 | 35,7 |

Dados da presente pesquisa-2016

Revisão

Diante dos trabalhos analisados, percebeu-se que os agentes estressores que se referem à estrutura física do contexto laboral do Enfermeiro intensivista foram menos mencionados quando comparamos com os fatores que envolvem relacionamento com a equipe, com os familiares, presença de morte, etc.

Estudos afirmam que os fatores ambientais das Unidades de Terapia Intensiva contribuem para a evolução dos sintomas do estresse, e influenciam negativamente o trabalho desses profissionais. Tais fatores ambientais englobam os ruídos dos monitores, respiradores e bombas de infusão que são imprescindíveis para chamar a atenção dos profissionais mediante a alguma situação de piora do paciente. Contudo, o excesso de sonoridade gera dificuldade de entendimento entre a equipe, por terem que elevar o tom de voz, muitas vezes, para manter a comunicação entre si^(1,15).

É perceptível que os ruídos presentes na UTI se acentuam pelo fato da unidade ser fechada, bem como o número volumoso de profissionais e as necessidades contínuas de discussões de casos, o que leva ao aumento dos ruídos. Além disso, a luz artificial também é citada, bem como a necessidade de controlar os equipamentos imprescindíveis para a manutenção dos cuidados intensivos aos pacientes.

Quando analisamos os fatores estressores da Unidade de Terapia Intensiva, observou-se que 50% dos estudos analisados trouxeram o relacionamento com a equipe como um fator estressor significativo. Além disso, têm-se como a carga horária excessiva (42,8%) e a insatisfação dos profissionais Enfermeiros quanto ao seu trabalho, citada por 35,7% dos estudos analisados. O relacionamento interpessoal foi pautado por 50% (7) dos artigos avaliados. Além disso, levantou-se também como fator estressor que não se refere à estrutura física, o fato de lidar com a morte dos pacientes (28,5%), trabalhar em turno noturno (14,2%), dupla jornada (21,4%).

As condições de trabalho que os profissionais se submetem e que se relacionam a ocorrências de transtornos mentais, como ansiedade, estresse e depressão, são frutos de carga horária excessiva, dupla jornada, e também relacionamento interpessoal com a equipe, esses motivos desembocam diretamente na insatisfação com o contexto de trabalho⁽¹⁴⁾. A assistência de enfermagem dentro das Unidades de Terapia Intensiva é conflituosa, de um lado, requer intervenções extremamente rápidas, e de outro, que o próprio espaço mobiliza emoções e sentimentos que se manifestam frequentemente de forma intensa^(3,22).

Tabela 3. Estressores encontrados sobre características de recursos humanos

| Agentes estressores | Abordagem pelos artigos | (%) |
|-------------------------------------|-------------------------|------|
| Relacionamento interpessoal | 7 | 50 |
| Carga horária excessiva | 6 | 42,8 |
| Insatisfação com o trabalho | 5 | 35,7 |
| Lidar com a morte do paciente | 4 | 28,5 |
| Lidar com os familiares | 4 | 28,5 |
| Dupla jornada | 3 | 21,4 |
| Turno noturno | 2 | 14,2 |
| Admitir os pacientes | 2 | 14,2 |
| Assistência empregada ao paciente | 2 | 14,2 |
| Supervisionar os serviços prestados | 1 | 7,14 |
| Ambiente de trabalho | 1 | 7,14 |
| Recém formado | 1 | 7,14 |
| Administração de pessoas | 1 | 7,14 |
| Profissionais jovens | 1 | 7,14 |
| Gerenciamento da unidade | 1 | 7,14 |

Com relação ao processo sono-vigília dos profissionais que trabalham no turno noturno evidencia-se desgaste emocional, este fator estressor modifica diretamente os ritmos fisiológicos, aumentando ou diminuindo o metabolismo, desencadeando situações ou não de lentidão e diminuição da qualidade da assistência. Corrobora-se também que a atuação nos serviços noturnos leva a distúrbios físico e psíquicos como alterações hormonais e gástricas, bem como privação de sono⁽²⁰⁾.

Trabalhar no turno noturno, admitir pacientes, bem como desenvolver assistência ao paciente crítico, são fatores estressores citados por 14,2% (2) das literaturas analisadas. Supervisionar os serviços prestados, ambiente de trabalho e administração de pessoas, foram os menos abordados pelos estudos analisados, sendo 7,14% (1). Da mesma forma, têm-se o fato dos profissionais serem recém-formados e serem jovens (7,14%). Este fato pode ser associado pela dificuldade encontrada pelos recém-formados em ingressar no mercado de trabalho. É demonstrado que o profissional Enfermeiro, que desenvolve atividades em Unidades de Terapia Intensiva vivencia a necessidade de realizar concomitantemente à atividade assistencial de alta complexidade, a atividade de gerenciamento do cuidado,

Revisão

da equipe de enfermagem, bem como dos materiais e equipamentos necessários para a assistência⁽¹⁶⁾.

O atendimento aos familiares é um fator estressor, considerando que existe um envolvimento para além do paciente, tendo que lidar com a carga emocional não só do trabalho frente ao paciente grave, mas também dos profissionais frente a incerteza de melhora do seu familiar internado. É de extrema importância de o profissional reconhecer todos esses fatores de riscos dentro do seu contexto laboral, haja visto que não há prestação de cuidados necessários para a recuperação do paciente, se o profissional que o faz não se encontra saudável^(13,19).

Os profissionais possuem mecanismos de enfrentamento, mas estes não são eficazes, devendo haver a intervenção das unidades no que tange ao auxílio dos mesmos, melhorando condições ambientais, recursos materiais e humanos⁽¹⁷⁾. A realidade dos profissionais de enfermagem repercute em sua saúde, acarretando em adoecimento físico e mental. Essa realidade se dá pelo fato de que a maioria dos profissionais de saúde trabalha em ambientes insalubres e penosos, que não oferecem condições à saúde do trabalhador propiciando a ele um trabalho precário, tendo outros agravantes que merecem serem destacados, sendo: excesso de trabalho físico e mental, e má remuneração⁽⁷⁾.

Vale ressaltar que o Enfermeiro também deve fazer parte das mudanças necessárias para ele, profissional, e para a instituição hospitalar, reconhecendo os estressores presentes no seu âmbito laboral, e procurando estratégias e mecanismos de enfrentamento individual e coletivo, diminuindo as ocorrências de estresse que tanto se fazem presentes no seu ambiente de trabalho.

CONCLUSÃO

Neste estudo observamos que vários são os aspectos que podem influenciar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro. A sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração frente a complexidade e demanda do trabalho, a desvalorização da profissão são alguns deles.

No que tange aos estressores quanto à estrutura física e gestão que fazem parte do ambiente de trabalho destes profissionais, especificamente os de UTI, ressalta-se o controle de equipamentos, a falta de recursos materiais, ruídos e a luz artificial. Relacionados aos fatores Estressores encontrados sobre características de recursos humanos, temos como prevalência relacionamento interpessoal, carga

horária excessiva, insatisfação com o trabalho e lidar com a morte do paciente, lidar com os familiares e a dupla jornada.

Logo, a descrição desses fatores teve como intuito contribuir para a elaboração de estratégias de transformação do ambiente de trabalho e à amplificação de políticas e regulamentações que favoreçam a melhora da qualidade de vida no trabalho e por consequência uma melhora da qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

1. Campos JF, David HSL. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):363-8.
2. Carlotto MS, Wendt GW, Lisboa C, Moraes MA. Preditores da adição ao trabalho em trabalhadores que utilizam tecnologias de informação e comunicação. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*. 2014;22(2):377-87.
3. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):355-62.
4. Guido LA, Goulart CT, Silva RM, Lopes LPD, Ferreira EM. Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012 dez;20(6):1-8.
5. Cavaleiro AM, Moura Junior DF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 fev;16(1):25-32.
6. Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 set;29(3):391-9.
7. Ramos EL, Souza NVDO, Gonçalves FGA, Pires AS, Santos DM. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. *J res: fundam care*. 2014. jun;6(2):571-83.
8. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão Integrativa *versus* revisão sistemática. *REME – Rev Min Enferm*. 2014 mar;18(1):1-260.
9. Günther H. Pesquisa Qualitativa *versus* Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? *Psic.: Teor. e Pesq.*. 2006 ago;22(2):201-10.
10. Silvia EL. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.
11. Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):310-15.
12. Preto VA, Pedrão LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):841-8.
13. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009 fev;17(1):49-55.
14. Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. 1. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 jun;32(2):368-77.
15. Rodrigues TDF. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. *reme – Rev Min Enferm*. 2012 set;16(3):454-62.
16. Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo WA, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 jun;33(2):78-85.
17. Monteiro JK, Oliveira ALL, Ribeiro CS, Grisa GH, Agostini N. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. *Psicologia Ciência E Profissão*. 2013;33(2):366-79.
18. Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2013 fev;66(1):13-7.
19. Monte PF, Lima FET, Neves FMO, Studart RMB, Dantas RT. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(5):421-7.

Revisão

20. Inoue KC, Versa GLGS, Murasaki ACY, Melo WA, Matsuda LM. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm.* 2013 out;66(5):722-9.
21. Panunto MR, Guirardello EB. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013 jun;21(3):1-8.
22. Bianchi ERF. Escala Bianchi de Stress. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp):1055-62.

Complicações do Lúpus Eritematoso Sistêmico e o comprometimento da qualidade de vida

Gleidiane Alves Sousa¹, Évily Caetano de Lima²

¹Acadêmica em Enfermagem da FACIPLAC. E-mail: gleidianesousa1@gmail.com

²Biomédica. Mestre em Medicina Tropical pelo IPTSP-UFG. Docente titular do curso de Enfermagem da FACIPLAC. E-mail: evily.lima@faciplac.edu.br

RESUMO

Lúpus Eritematoso Sistêmico é um transtorno autoimune multissistêmico com um amplo espectro de apresentações clínicas que acomete quase todos os órgãos e tecidos, atingindo 1 a 22 pessoas a cada 100 mil. Este estudo teve como objetivo listar as principais complicações da doença e como estas interferem na qualidade de vida do portador. Trata-se de uma revisão da literatura com abordagem qualitativa, em que o material científico utilizado foi obtido por busca eletrônica e publicado no período de 2006 a 2018, de modo a representar o contexto atual. Observou-se que as complicações mais comuns são manifestações hematológicas, cutâneas, articulares, pulmonares, neurológicas e cardíacas. Estas manifestações influenciam de diversas maneiras e formas a qualidade de vida do portador e como este vivencia a doença, especialmente com o desenvolvimento de depressão e dificuldades de relacionamento social. Por meio desse estudo foi possível notar quão importante é o conhecimento do profissional de saúde sobre a doença e impactos da mesma, para que exerça seu papel de forma a alcançar a excelência na restauração da qualidade de vida dos portadores.

Descritores: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Complicações, Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônico-degenerativa, multissistêmica com padrões de manifestações clínicas e sorológicas, que diferem entre os indivíduos, tendo maior ocorrência no gênero feminino e acomete um homem a cada dez mulheres, em idade fértil, dos vinte aos quarenta anos, podendo afetar pessoas de qualquer raça, sexo e idade ⁽¹⁾.

Por seus múltiplos sintomas, o LES é eventualmente confundido e tratado como outra enfermidade, sendo um dos fatores críticos para o atraso do diagnóstico e tratamento. A interação entre suscetibilidade genética, influências hormonais e causas ambientais têm importante papel na manifestação da doença ⁽²⁾.

Para um correto diagnóstico é necessário que haja ao menos quatro das

Revisão

seguintes manifestações: eritema fixo plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial; lesão discoide, que é uma lesão eritematosa infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia; fotossensibilidade; úlcera oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa; artrite que se apresenta não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame; serosite, que pode surgir como uma pleurite ou pericardite; alteração renal; alteração neurológica, que pode manifestar-se com a presença de convulsões ou psicose; alterações hematológicas; alterações imunológicas e a presença de anticorpo antinuclear⁽³⁻⁹⁾.

Mesmo a doença não se manifestando fisiologicamente com agressividade, muitos portadores podem ter sua qualidade de vida comprometida. O termo qualidade de vida é generalizado e inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, os sentimentos e reações ao seu cotidiano, não se limitando a sua condição de saúde⁽¹⁷⁾, pois sofrem os efeitos psicológicos e sociais desta, como: sentimento de dúvida, insegurança, medo, maiores dificuldades para se relacionar com os demais e dificuldade em tomar decisões para iniciar novos projetos, sentimento de culpa, diminuição da autoestima, depressão, transtornos cognitivos, déficit de atenção, perda de memória de curto prazo, isolamento social, dificuldade em desenvolver atividades laborativas, entre outros⁽⁴⁾.

Como o LES acarreta diversas complicações à saúde do portador, sendo uma doença que atinge cinco milhões de pessoas no mundo, todos os profissionais de saúde, que trabalham diretamente com os portadores da enfermidade devem estar preparados para considerar todas as facetas e dificuldades que estes enfermos enfrentam no decorrer da doença e do tratamento. A mensuração da qualidade de vida dos portadores da doença é um componente essencial para conhecer a amplitude da doença e a eficácia do tratamento, de modo a contribuir para que os portadores da doença e familiares possam usufruir de uma gestão do sofrimento emocional e psíquico ocasionados pela doença crônica e suas facetas, apoiando-os a conviver com a doença através de uma orientação adequada^(5, 629).

Como a literatura sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico ainda é escassa, verifica-se a necessidade de investir em pesquisas sobre a doença e contexto de vida dos portadores, de forma a esclarecer como as complicações fisiológicas interferem na qualidade de vida. Sendo assim, objetivou-se neste estudo identificar as complicações da doença e suas correlações aos impactos na qualidade de vida do portador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de cunho exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A seleção dos artigos foi feita nas plataformas de busca eletrônica: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, publicados em inglês ou português, entre os anos de 2006 e 2018. Os descritores utilizados foram: lúpus eritematoso sistêmico, qualidade de vida, complicações, LES, isolados ou combinados, em português ou inglês. A triagem inicial do conteúdo dos manuscritos foi feita mediante leitura do resumo, e posteriormente a leitura na íntegra do conteúdo para seleção do material científico a ser utilizado de modo a alcançar o objetivo proposto.

RESULTADOS

Foram encontrados 57 manuscritos relacionados com o tema, destes 31 foram selecionados e divididos segundo a sua temática: complicações do LES e qualidade de vida. Estes foram relacionados em dois quadros abaixo, organizados pelo nome do autor e informações pertinentes ao objetivo deste estudo.

QUADRO 01. Manuscritos relacionados às complicações associadas ao LES.

| Autores | Ano | Complicações relatadas nos manuscritos |
|-------------------------------------|------|---|
| ARAUJO; TRAVERSO-YEPEZ | 2007 | Dores musculares e articulares, nefrite lúpica, pericardite, arteriosclerose, anemia, cansaço, sonolência, indisposição, convulsões, perda de sensibilidade, disfunção de habilidades motoras, depressão, psicose e síndrome orgânica do cérebro. |
| BASHAL | 2013 | Anemia, leucopenia, trombocitopenia, síndrome antifosfolipídica. |
| BRAGA | 2014 | Depressão, distúrbios emocionais e comportamentais, convulsões, estado confusional agudo, psicose, cefaleias e doença cerebrovascular, alteração neurocognitivas, aterosclerose acelerada, enfartes cerebrais. |
| BUTT et al. | 2017 | Disfunção cognitiva. |
| CHEN et al. | 2018 | Pneumonia, pleurite, infecção pulmonar. |
| CONDE, MARÇAL, TAVARES, VASCONCELOS | 2009 | Síndrome infecciosa, insuficiência renal, fenômenos tromboembólicos, AVE, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência respiratória aguda, choque séptico, embolia pulmonar, nefrite lúpica. |
| COSTA, DIAS & KAIRALLA | 2013 | Pneumonite lúpica, hemorragia alveolar difusa, pneumopatia intersticial crônica. |
| COSTI et al. | 2017 | Aterosclerose, linfopenia, neutropenia. |

Revisão

| | | |
|--------------------------|------|--|
| FAYYAZ et al. | 2015 | Leucopenia, linfopenia, neutropenia, trombocitopenia, Anemia autoimune hemolítica, trombocitopenia primária imune, mielofibrose. |
| GALINDO & VEIGA | 2010 | <i>Rash</i> malar, artrite, artropatia, necrose avascular, queda dos níveis de hemoglobina, aumento de DHL, reticulocitose, aumento de bilirrubina indireta, teste de Coombs positivo, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, pericardite, miocardite, endocardite, lesões coronarianas, estado confusional agudo. Convulsões, psicose, depressões repentinas, disfunções cognitivas, distúrbios de humor, cefaleias, distúrbios de movimentos, meningite asséptica, neuropatia cranial, polineuropatia, plexopatia, mononeuropatia simples ou múltipla, polirradiculoneuropatia (Síndrome de Guille-Barré), distúrbio autonômico, miastenia grave, doença cerebrovascular, síndromes desmielinizantes, lesões glomerulares. |
| GARI; TELMES & ALWITHEM | 2015 | Pulmonar. |
| GUSTAFSSON & SVENUNGSSON | 2014 | Aterosclerose, telangiectasias, vasculite, livedo reticular, fenômeno de Raynaud e tromboflebite. |
| JANOUDI & BARDISI | 2015 | Hematológica. |
| MOCARZEL et al. | 2015 | Derrame pericárdico, pericardite, Insuficiência cardíaca, miocardite, Endocardite (infecciosa e não infecciosa), Bloqueio atrioventricular, taquicardia sinusal, Angina estável, síndrome coronariana aguda, doença isquêmica do coração. |
| OLIVEIRA | 2011 | Erupção malar, lesões discoides, fotossensibilidade, dores articulares, proteinúria persistente, aumento de níveis séricos de creatinina, insuficiência renal. Convulsões, psicose, depressões repentinas, disfunções cognitivas, distúrbios de humor, cefaleias, distúrbios de movimentos, meningite asséptica, neuropatia cranial, polineuropatia, plexopatia, mononeuropatia simples ou múltipla, polirradiculoneuropatia (Síndrome de Guille-Barré), distúrbio autonômico, miastenia grave, anemia grave, leucopenia, linfopenia, plaquetopenia grave, pneumonite lúpica, hemorragia alveolar, hipertensão pulmonar, endocardite asséptica, miocardites, insuficiência cardíaca, aterosclerose, vasculite. |
| PADJEN et al. | 2018 | Vasculite, comprometimento de múltiplos órgãos, sepse, pneumonia, isquemia cardíaca, AVE, Embolismo pulmonar, miocardite, infecção do trato urinário, tromboembolia, falência cardíaca, insuficiência da válvula mitral. |
| VELOSO | 2006 | Nefrite lúpica, insuficiência renal, elevação da creatinina sérica, proteinúria, hematúria, redução da taxa de filtração glomerular, lesões vasculares necrotizantes, nefrite túbulo-intersticial. |
| VIANNA, SIMÕES, INFORZAT | 2010 | <i>Rash</i> malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais, artrite, pericardite, pleurite, proteinúria persistente, convulsões, psicose, anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, plaquetopenia. |

QUADRO 02. Manuscritos relacionados às influências do LES na qualidade de vida.

| Autores | Ano | Fatores que influenciam a qualidade de vida dos portadores do LES |
|--|------------|--|
| AYACHE & COSTA | 2005 | Redução das atividades de lazer, trabalho e estudo e afastamento social. |
| CAMPOS | 2013 | Depressão. |
| COSTA et al. | 2016 | Alterações na imagem física. |
| COUTO | 2010 | Alterações psíquica e mental. |
| FARIAS & MARTINS | 2016 | Alterações: física, psíquica, mental. |
| FERREIRA & CORDEIRO | 2013 | Alterações físicas. |
| LIMA & FLECK | 2007 | Depressão. |
| LOPES et al. | 2014 | Alteração física. |
| NISHIMURA | 2016 | Alteração no contexto social, lazer, trabalho, estudo. |
| NOWICKA-SAUER K, HAJDUK, H KUJAWSKA-DANECKA A, D BANASZKIEWICZ, ZSMOLEŃSKA, CZUSZYŃSKA Z, SIEBERT J. | 2018 | Depressão e ansiedade. |
| SKOPINSKIREZENDE, SCHENEIDER | 2015 | Depressão, baixa autoestima. |
| SOUSA, OLIVEIRA & SOARES | 2017 | Alteração no contexto social, alterações físicas. |
| TEJADA et al. | 2011 | Alteração no contexto social, lazer, trabalho e estudo. |

DISCUSSÃO

Lúpus é considerada uma doença protótipo das doenças autoimunes, caracterizada pela produção de anticorpos antinucleares, depósito de complexos autoimunes, que conseqüentemente ocasiona danos a múltiplos órgãos ⁽⁶⁾.

E as características clínicas variam de paciente para outro, indo de formas moderadas sem grande necessidade de intervenção terapêutica a formas agressivas e com grande comprometimento sistêmico⁽⁷⁾.

Apresentando-se como uma das complicações mais comuns entre os portadores da doença destaca-se a artralgia, podendo ocorrer necrose asséptica de múltiplas articulações, perda óssea, associada à doença e/ou ao uso de glicocorticoides^(1,5,8). Pericardite (cerca de 55% dos casos de LES), doença arterial coronariana, envolvimento pulmonar como derrame pleural (50% dos casos de LES), pleurite^(9,10). Com o comprometimento renal que leva à nefrite, é comum se encontrar de forma persistente proteinúria e hematúria^(11,12). No nível neurológico, verifica-se a

Revisão

possibilidade psicose, déficits funcionais, Acidente vascular encefálico, neuropatias periféricas e cranianas, mielite transversa, convulsões, quadros depressivos, déficit cognitivo, entre outros^(13,14). As infecções, fotossensibilidade, lesões cutâneas, *rash* malar, anemia, leucopenia, trombocitopenia e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (SAF), sepse são outras complicações que ocorrem comumente ^(15,16,17,18).

Tais complicações resultam em um decaimento na qualidade de vida nas áreas de lazer, social, profissional e escolar, podendo ser notada pela reclusão que portadores de LES se auto infligem como consequências de complicações ou como forma de preveni-las⁽¹⁹⁾. Especialmente, quando as complicações envolvem lesões visíveis como o *rash* malar, causando sinais de baixa autoestima e depressão no portador⁽²⁰⁾.

O acometimento dos sistemas articular/motor e renal, que geram uma incapacidade funcional significativa de forma a interferir nas atividades diárias, induz sintomas depressivos que são vinte três vezes mais impactantes negativamente na qualidade de vida que a morbidade física, assim como estados de ansiedade e desespero generalizado, impelindo o portador de LES a se recluir em uma vida sedentária, gerando prejuízo ao seu físico^(12,21,22).

Ao analisar o prejuízo sofrido na qualidade de vida dos pacientes com complicações neurológicas, pode-se notar uma diferença exponencial quando comparado a outros portadores de doenças crônicas⁽²³⁾, visto que tal prejuízo ocasionado pelo déficit cognitivo, leva a um agravamento da depressão e ansiedade e conseqüentemente um agravamento da própria doença⁽²⁴⁾. Isto porque a percepção que o portador tem da doença é influenciada pelo estado de depressão e ansiedade que o mesmo apresenta. Assim sendo, quanto mais profundo é o estado de depressão e ansiedade, o portador apresenta maior dor, fadiga e uma pior qualidade de sono, o que resulta em qualidade de vida inferior⁽²⁵⁾.

Quando há comprometimento do sistema hematológico como anemia e respiratório como pleurite ou derrame pleural, a qualidade de vida decai pela incapacidade do portador de suprir as necessidades de oxigênio dos tecidos, o que gera dor, fadiga muscular, indisposição, agravamento da depressão, ansiedade e gera um estado de vida sedentário, interferindo na forma como o portador avalia a qualidade de vida ^(26,27).

O comprometimento cardiovascular influencia na percepção da qualidade de vida dos portadores por causar limitações para manter um estilo de vida autônomo, ocasionado pela fadiga, depressão, surgimento de distúrbios do sono, ansiedade, estresse psicológico o que resulta em um agravamento da doença ⁽²⁸⁾.

Revisão

Portanto, verifica-se que a qualidade de vida está vinculada de forma desproporcional a atividade imune da doença, sendo que quanto maior é a atividade da doença, menor é a qualidade de vida do portador. Sendo assim, ao assistir o portador de LES, o profissional deve criar uma aproximação que é sentida como um interesse no seu bem estar, por estar emocionalmente abalado com a doença e internamentos frequentes, um gesto de carinho, orientação adequada e um simples sorriso podem ser interpretados como uma possibilidade de melhora, fazendo grande diferença ao tratamento, visto que as limitações são associadas à demanda de cuidados de saúde que diferem entre momentos de aflição e de descuido. Dessa forma, ressalta-se que a relação positiva profissional/portador é de suma importância para a adesão ao plano de cuidados e o sucesso do tratamento, fazendo com que a qualidade de vida tenha melhoras significativas ⁽³⁰⁾.

CONCLUSÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é um transtorno autoimune multissistêmico com um amplo espectro de apresentações clínicas que abrange quase todos os órgãos e tecidos e atinge 01 a 22 pessoas em cada 100 mil no mundo. Neste estudo constatou-se a manifestação clínica de maior frequência nos portadores da doença são o *rash* malar que se apresenta em cerca de 80% dos casos, dores articulares (90%), nefrite lúpica, depressão, anemia, leucopenia, trombocitopenia, síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo (SAF), pleurite, hipertensão arterial e doenças do miocárdio como derrame do pericárdio, pericardite, insuficiência cardíaca e miocardite em menor frequência. As complicações menos frequentes têm sido a leucocitose, hemorragia pulmonar, hipertensão arterial pulmonar, inflamação da mucosa laríngea, ulceração do cricoide, paralisia das pregas vocais, espessamento da parede brônquica, bronquiectasias e bronquiolite obliterante, comprometimento dos músculos acessórios da respiração e distúrbios de condução no sistema cardíaco.

Pela vasta sintomatologia apresentada os portadores sofrem impacto considerável em sua qualidade de vida por depressão, ansiedade e decaimento das atividades sociais, laborais e de lazer como consequências dos comprometimentos ocasionados pela doença.

Em vista disso, os profissionais da saúde, em especial aqueles que têm o cuidado como pilar de atuação, como os enfermeiros, devem ter em mente que os portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico trazem consigo não somente uma doença de grande complexidade por disfunção imunológica de repercussão sistêmica, mas

sentimento de impotência e necessita de um olhar holístico e humano, para que o alívio dos sintomas fisiológicos seja apenas um precursor do retorno da qualidade de vida por eles perdida. Para tal, demanda vários tipos de cuidados e o enfermeiro como o responsável pelo processo do cuidar dos pacientes, deve estar capacitado para o planejamento e execução da assistência de forma adequada, tendo como base evidências científicas, bem como coordenar a equipe, proporcionando ao portador de LES um bom prognóstico para sua condição clínica.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira, M. N. Lúpus eritematoso sistêmico: características, diagnóstico e tratamento. Brasília – DF, Monografia (Bacharel em Biologia) - Faculdade de Ciências Biológicas, Universidade de Brasília, 2011.
- 2- Bertsias, G.; Carvera, R.; Boumpas, T.D. Systemic lupus erythematosus: Pathogenesis and clinical features. *EULAR*, 2012: 476-505.
- 3- Santos, L. M. de O. Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico, sintomas depressivos e apoio social. *Psicol. Saúde Doenças* 2017 abr;18 (1):39-54.
- 4- Sílvia, F. L. de M. C. Intervenção psicológica no LES, *Psicol. Teor. Pesqui.* 2011 out-dez; 27(4): 485-490.
- 5- Sociedade Brasileira de Reumatologia, Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2006; 52 (6): 384-386.
- 6- Delgado-Vega, A.M; Alarcón-Riquelme, M.E; Kozyrev, S.V. Genetic associations in type I interferon: related pathways with autoimmunity. *Arthritis Research & Therapy* 2010; 12 (1): 1-16.
- 7- Omonte, R.K.; Lenz, M.A.S.; Batista J.S.; Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma revisão da literatura. Disponível em: http://www.cispre.com.br/acervo_detalhes.asp?id=59. Acesso em 02 de janeiro de 2018 as 19:36.
- 8- Mocarzel L.O.C. et al, Lúpus e Doença Cardiovascular, *Int J Cardiovasc Sci* 2015 ago; 28 (3): 251-261.
- 9- Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - Lúpus Eritematoso Sistêmico: Portaria SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013 retificada em 22 de março de 2013 *Diário Oficial da União*; 1-30.
- 10- Janoudi N.; Bardisi E.S.; Hematological Manifestations in Systemic Lupus Erythematosus, *Systemic Lupus Erythematosus*, In: ALMOALLIM, Hani . *Systemic Lupus Erythematosus*. 1. ed. InTech, 2012; 17: 363-382.
- 11- Habhab, W. Kidney Manifestations in Systemic Lupus Erythematosus, *Systemic Lupus Erythematosus*. In: ALMOALLIM, Hani. *Systemic Lupus Erythematosus*. InTech, 2012. 11: 243-254.
- 12- Costa, G.M.A et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Enfermeria Global* 2016 jul; 43:73-86.
- 13- Conde, S.R.S.S et al. Complicações clínicas em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. *Rev. Para. Med.* 2009 mar; 23 (1): 1-5.
- 14- Garlindo, C.V.F.; Veiga, R.K.A; Características clínicas e diagnósticas do lúpus eritematoso Sistêmico, *Rev. Eletrônica de Farmácia*; 7(4): 46 – 58.
- 15- Caznoch, C.J et al. Padrão de Comprometimento Articular em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua Associação com Presença de Fator Reumatoide e Hiperelasticidade. *Rev. Bras. De Reumatol* 2006 ago.; 46 (4): 261-265.
- 16- Vianna, R.; Simões, M. J.; Inforzato, H. C. B. Lúpus Eritematoso Sistêmico, *Revista Ceciliansa* 2010 jun; 2 (1): 1-3.
- 17- Oliveira, D. G. F. Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses. Portugal, Dissertação (Mestrado em Estatística e Gestão de Informação), Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- 18- Araujo, A. D.; Traverso-Yopez, M. A. Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estud. Psicol.* 2007 ago; 12 (2): 119-127.
- 19- Tejada, C. S. et al. Impact on the quality of life of dermatological patients in southern Brazil. *An. Bras. Dermatol.* 2011 dez; 86 (6): 1113-1121.
- 20- Skopinski, F.; Resende, T. L.; Schneider, R. H. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2015 Jan/Mar;18 (1).
- 21- Campos, A.P.R et al. Depressão e qualidade de vida em indivíduos com artrite reumatoide e indivíduos com saúde estável: um estudo comparativo. *Fisioter Pesq*, 2013; 20 (4): 401-407.
- 22- Lima, A.F.B.S.; Fleck, M.P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. *Rev. Psiquiatr.* 2009; 31 (3).
- 23- Butt, B.A et al. Cognitive dysfunction in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2017; 33 (1): 59-64.
- 24- Nishimura, K. Neurocognitive Disorders Caused by Central Nervous System Lupus Erythematosus. *Brain*

Revisão

- Nerve 2016 abr; 68 (4): 365-373.
- 25- Nowicka-Sauer K. H.; Kujawska-Danecka A.D.; Banaszekiewicz, Ż.; Czusnyska Z.; Siebert J. Illness perception is significantly determined by depression and anxiety in systemic lupus erythematosus, *Lupus* 2018; 27 (3): 454 – 460.
 - 26- Ferreira, S.L.; Cordeiro, R. C. Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme. 2013; EDUFBA.
 - 27- Farias, G., Martins, R. Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Rev. Millenium* 2013 jan/jun;45: 195-209.
 - 28- Sousa, M. M de; Oliveira, J. S; Soares, M. J. G. O et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa, *Rev enferm UFPE* 2017 mar; 11 (2): 1289-1298.
 - 29- Reis, M. G. dos; Costa, I. P. da, Qualidade de vida de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, *Rev. Bras. Reumatol* 2010; 50 (04): 408-22.
 - 30- Rocha, M. C. da. Lúpus eritematoso e cuidados de Enfermagem, Feira de Santana, Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Pitagóras, 2014.