EDUCAÇÃO, HUMANIZAÇÃO E INTEGRALIDADE EM SAÚDE









Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes
Lucélia Rodrigues Afonso
Maíra Maria Leite de Freitas
Tamara Braga Sales
Victor Hugo Santos de Castro
(Organizadores)

Educação, humanização e integralidade em Saúde

1ª Edição

Belo Horizonte Poisson 2020

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais Ms. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Análise textual, correção ortográfica e linguística

Esp. Maria Meiriane Freire Aguiar

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255

Educação, humanização e integralidade em Saúde Organizadores: Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes, Lucélia Rodrigues Afonso, Maíra Maria Leite de Freitas, Tamara Braga Sales, Victor Hugo Santos de Castro - Belo Horizonte - MG: Poisson, 2020

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5866-006-4

DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4

1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem
I. Menezes, Cláudia Patrícia da Silva
Ribeiro. II. Afonso, Lucélia Rodrigues. III.
Freitas, Maíra Maria Leite de. IV. Sales,
Tamara Braga Sales. V. Castro, Victor Hugo
Santos de.

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura - CRB 6/1896

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

www.poisson.com.br

contato@poisson.com.br

Prefácio

É com imensa satisfação que contextualizo e deslendeio a prazerosa leitura do Livro Educação, humanização e integralidade em saúde, tendo como uma característica fundamental dos pesquisadores - fomentar no leitor a curiosidade pela temática. Este livro foi elaborado e desenhado com o olhar crítico, reflexivo e humanizado dos pesquisadores para elencar a importância da assistência humanizada no contexto hospitalar, o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes e os principais aspectos de integralidade para o atendimento com qualidade.

Na oportunidade, enfatizamos que este livro tem um olhar peculiar e singular amparado por realizadores de sonhos e construtores de saberes distintos. Deste modo, esta singela leitura sinaliza a realização de um sonho acadêmico e a promoção da saúde em suas mais variadas linhas de pesquisa.

Apresentamos seis capítulos que descrevem as estratégias metodológicas que conduzirá ao leitor ao processo de partilhar os achados críticos – reflexivos, respeitando o cuidado holístico e assistencial do paciente. Com isso, tem - se como pilar de leitura, o alicerce científico que conduzirá o pesquisador a um nível de empoderamento prático e sólido.

O primeiro capítulo tem como analisar em publicações científicas os sentimentos dos familiares ao ver um ente querido internado na Unidade de Terapia Intensiva adulto.

No segundo capítulo buscou analisar através de artigos científicos, a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de lesões por pressão e as principais dificuldades encontradas pela equipe.

O terceiro capítulo apresentou uma análise do perfil clínico e sociodemográfico do câncer de mama em mulheres no estado do Piauí e o número de óbitos devido ao câncer de mama neste Estado da região nordeste do Brasil.

No quarto capítulo buscou-se desvelar um relato de experiência e nele mostrar a importância da enfermagem no acompanhamento realizado em gestantes com síndrome hipertensiva em seu ciclo gravídico.

O quinto capítulo investigou a compreensão dos usuários dos serviços de urgência e emergência sobre a classificação de risco pelo Protocolo Manchester.

No que concerne ao sexto capítulo buscou avaliar os estudos disponíveis na literatura sobre educação permanente na gestão do trabalho do enfermeiro em hospital.

Então sejam bem-vindos a esse momento apaixonante de aprendizagem. Esperamos que este livro lhe proporcione a promoção automática do saber crítico, holístico e reflexivo.

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes





Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Graduada em Pedagogia pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde Pública e em Pesquisa Científica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especializanda em Estomaterapia pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Participação ativa no grupo de pesquisa - Doenças crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem (DOCAFS). Gerente do Controle Interno Preventivo e Inovação da Secretaria Municipal da Educação (SME). Coordenadora Pedagógica da empresa Edukah Consultoria e Serviços Educacionais Ltda.



Lucélia Rodrigues Afonso

Enfermeira pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária Pública Federal (Hospital Universitário Walter Cantídio-CE. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).



Maíra Maria Leite de Freitas

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET Saúde do Ministério da Saúde vinculado à Universidade Federal do Ceará- UFC. Membro da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (LAEGO) da Universidade Federal do Ceará- UFC.



Tamara Braga Sales

Enfermeira, mestra em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da pós-graduação em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade de Quixeramobim (UNIQ/Fortaleza).



Victor Hugo Santos de Castro

Licenciado em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Gestão em Saúde e em Gestão Pedagógica (UECE) e em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), na modalidade residência multiprofissional. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE.

SUMÁRIO

unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa
Yale Magalhães Maranhão Barreto, Mateus Fernandes de Sousa, Michelle Soeiro de Oliveira, Francisca Antonia do Vale Gomes, Michelline Soeiro de Oliveira, Hélio de Almeida Nobre Junior, Etevaldo Deves Fernandes Neto, Ismael Pereira Maciel
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.01
Capítulo 2: Prevenção de lesões por pressão em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa 15
Ana Beatriz Oliveira da Paixão, Caroline Dantas dos Santos, Michelle Soeiro de Oliveira, Francisca Antonia do Vale Gomes, Maíra Maria Leite de Freitas, Adriana Paula Feitoza Pinto, Etevaldo Deves Fernandes Nete Eveline Araujo de Oliveira
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.02
Capítulo 3: Perfil clínico e sociodemográfico de muheres com Câncer de Mama em um estado do nordeste Brasileiro
Igor Andrade Azevedo, Márcia Alves Ferreira, Lívia Lopes Custódio, Sara Maria Oliveira Bandeira, Andrez Kelly Cardoso da Silva Soares, Eveline Araujo de Oliveira, Ismael Pereira Maciel, Adriana Paula Feitoza Pinto
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.03
Capítulo 4: Síndromes hipertensivas no ciclo gravídico: Relato de experiência 38
Andréa Batista da Silva, Francisca Cleani de Sousa, Carla Vanessa Pinheiro da Silva, Maíra Maria Leite de Freitas, Marina da Silva Nobre, Samara Gomes Matos Girão, Jaqueline Gomes de Souza Santos, Ariane Spa Ruviaro
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.04
Capítulo 5: Compreensão da classificação de risco pelo protocolo Manchester na perspectiva dos usuários dos serviços de urgência e emergência
Francisca Jéssica Diógenes Façanha, José Ricardo Barbosa Ferreira Filho, Victor Hugo Santos de Castro,, Adriana Paula Feitoza Pinto, Raquel Guimarães Tavares Martins, Michelline Soeiro de Oliveira, Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt, Roberta Liviane da Silva Picanço
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.05
Capítulo 6: Educação permanente no contextos hospitalar e enfermagem: Uma revisão integrativa
Márcia Alves Ferreira, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes, Michelly Gomes da Silva, Tamara Braga Sales, Hélio de Almeida Nobre Junior, Regiane Pereira Garcia, João Victor Santos de Castro, Lucélia Rodrigues Afonso
DOI: 10.36229/978-65-5866-006-4.CAP.06
Autores:

Capítulo 1

Aspectos emocionais e correlação com a internação de um familiar na unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa

Yale Magalhães Maranhão Barreto Mateus Fernandes de Sousa Michelle Soeiro de Oliveira Francisca Antonia do Vale Gomes Michelline Soeiro de Oliveira Hélio de Almeida Nobre Junior Etevaldo Deves Fernandes Neto Ismael Pereira Maciel

Resumo: A UTI conta com uma equipe treinada e qualificada, que somando tudo, o impacto é positivo na recuperação do cliente. Ela possui estruturas que atuam com profissionais extremamente preparados, recursos humanos qualificados e científicotecnológicos avançados. Quando um ente querido se interna na UTI, a expectativa de que ele se recupere diante de uma situação tão crítica é muito grande, por outro lado, a equipe médica busca sempre orientar a família que nem sempre sua recuperação será absoluta e rápida. Diante disso, surge uma complexidade que envolve a família do doente, a equipe multiprofissional e o enfermo e muitas questões vêm à tona como: Quanto tempo de vida este pode atingir, qual o melhor tratamento? Quais as sequelas que podem surgir pós-uti. São essas questões que cercam principalmente a família do doente? O objetivo desse trabalho é analisar em publicações científicas, os sentimentos dos familiares ao verem um ente querido internado na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Trata-se de uma Revisão integrativa da literatura, que após critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 6 artigos que abordavam o tema. Os resultados encontrados mostraram que existem quatro formas de perceber a situação que são: sentimentos em relação ao ambiente da unidade, a si mesmo, a morte/luto e aos profissionais. Portanto, as principais percepções expressas pelos familiares foram angústia, tristeza, nervosismo, medo, tensão, preocupação e impotência. Diante dessa situação, é necessário que o enfermeiro estabeleça um vínculo de confiança com a família, a fim de minimizar esses efeitos.

Palavras-chave: Família. Unidade De Terapia Intensiva Adulto. Humanização da assistência

1. INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de proporcionar a recuperação adequada de pacientes em situação de risco e agravo eminente em seu estado de saúde, foram estruturadas e implementadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). De modo a assistir o paciente holisticamente para a redução do óbito e recuperação do estado crítico (PERÃO, 2017).

A UTI possui um serviço qualificado e centrado na necessidade de oferecer recursos pontuais e fundamentais como equipamentos de última geração, além disso, conta com uma equipe treinada e qualificada, que somando tudo, o impacto é positivo na recuperação do cliente (SANTOS, 2013).

Mais nem tudo se desenvolveu a curto prazo. Na guerra da Crimeia, uma jovem chamada Florence Nightingale se empenhou em olhar o outro com uma visão holística e percebeu que muitos soldados que estavam em campo de batalha eram retirados e colocados em galpões sujos e sem um cuidado que otimizasse sua saúde, o que culminava com mortes frequentes (FRELLO, 2013). Frente essa calamidade, Florence Nightingale observou que esses soldados precisavam de um local limpo e organizado, então houve muito sucesso com a redução dos agravos e consequentemente, os óbitos (MARTINS, 2013).

As UTIs são estruturas que atuam com profissionais qualificados e equipamentos científico-tecnológicos avançados, bem como, atuam com um sistema especializado e informatizado com implementação de protocolos discutidos e planejados por uma equipe engajada e capacitada, faz uso de materiais e equipamentos digitalizados capazes de reproduzir as funções vitais do organismo em quanto este se reabilita, bem como, atua com nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, médicos e toda a equipe de enfermagem que acima de tudo, existe a ética e o respeito com o enfermo, que somados, resultam na segurança do paciente (PERÃO, 2017; ALMEIDA, 2016).

A expectativa de que seu familiar se recupere diante de uma situação tão crítica é muito grande, por um outro lado, a equipe médica busca sempre orientar a família que nem sempre sua recuperação será absoluta e rápida, pois o paciente precisa responder de forma positiva aos tratamentos e medidas administradas pela equipe e com isso, esse não vir a óbito (CUNHA, 2014; SAMPAIO, 2017; VASCONCELOS, 2016). Diante disso, surge uma complexidade que envolve a família do doente, a equipe multiprofissional e o enfermo e muitas questões vem à tona tais como: Quanto tempo de vida este pode atingir? Qual o melhor tratamento? Quais as sequelas que podem surgir pós-uti? São essas questões que cercam principalmente a família do doente (PUGGINA, 2014; SAMPAIO, 2017).

De acordo com estudos realizados em uma UTI que observou a percepção dos familiares acerca do seu ente querido, estes entendem que o seu familiar está em um ambiente preocupante e que a qualquer momento, pode chegar uma notícia triste da morte do seu familiar. A sensação de estar em desequilíbrio emocional, o forte apego e ter que conviver com o medo da perda que se confrontam com a insegurança e as incertezas que cercam a espera de ver o seu ente querido recuperado. Muitos autores descrevem que sempre há esperança em ver o seu familiar sair do estado crítico e vir a melhorar positivamente (ALMEIDA, 2016; MEZZAROBA, 2009).

Levando em consideração sobre esse fator, a equipe deve prestar assistência também aos familiares, uma vez que estes, quando apresentam emocional equilibrado, podem colaborar positivamente com a recuperação do seu familiar e, além disso, existe um respeito e compreensão com a equipe que cuida da segurança do cliente. Enfrentar o sofrimento de uma pessoa não é nada fácil, pois a carga emocional diante de uma situação de morte é desgastante, pois conta com alguns fatores como o estresse físico e emocional, a angústia e a falta de entendimento sobre a doença que podem ser considerados pontos negativos para a família e o hospitalizado (PREDEBON, 2011).

Estudos têm demonstrado que os profissionais de enfermagem têm ganhado destaque no que concerne ser um profissional proativo às necessidades do enfermo e seus familiares, configurando-se como um ser muito sensível aos avanços do cenário que vai se formando com o passar dos dias. Com isso, a afetividade e admiração dos familiares por esse profissional têm sido bem relatadas na literatura (ALVES, 2013; LIMA, 2017; PUGGINA, 2014).

Diante do exposto, a relevância deste estudo se dá por meio de uma possível contribuição com os esclarecimentos acerca de entender a forma de agir de muitas famílias que passam por situação de encontrar um ente querido em situação de risco de morte. Nesse sentindo, é notória a preocupação com a percepção da família, pois esta pode interferir positivamente colaborando com toda a equipe multiprofissional a fim de estreitar a relação paciente e equipe.

Logo, esse trabalho visa contribuir de forma ímpar no contexto que envolve família, paciente e profissionais de saúde que atuam em UTI, buscando melhorias no relacionamento paciente, profissional e no entendimento da família sobre o quadro clínico do enfermo. Portanto, o objetivo desse trabalho é analisar em publicações Científicas os sentimentos dos familiares ao ver um ente querido internado na Unidade de Terapia Intensiva adulto.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, método que é caracterizado por uma abordagem do cuidado clínico e no ensino fundamentado em evidência. Esse tipo de estudo é composto pela definição do problema clínico, a identificação das informações, a busca de estudos na literatura e sua análise crítica. É a mais ampla abordagem metodológica usando dados da literatura e definição de conceitos. Seu principal objetivo é elucidar ou esclarecer uma problemática que se tenha uma meta a ser atingida (SOUZA, 2010).

A Revisão integrativa se desenvolve em seis fases: Primeira: Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; Segunda: estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; Terceira: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; Quarta: Categorização dos estudos selecionados; Quinta: Análise e interpretação dos dados; Sexta: Apresentação das sínteses dos dados (MENDES et al., 2008).

A pergunta norteadora desse estudo foi: *Quais as singularidades encontradas pela literatura sobre a percepção dos familiares ao ver um ente querido internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto?*

Os critérios de inclusão utilizados no presente estudo foram: artigos em português, que abordassem o tema sobre os principais aspectos que envolvem a percepção dos familiares em relação à hospitalização de um ente querido em uma UTI, que estivessem publicados eletronicamente na íntegra nas bases de dados selecionadas, dos últimos 10 anos, pois se tem uma visão mais abrangente sobre o tema e também devido ao pouco número de trabalhos encontrados nos últimos 5 anos. Já os critérios de exclusão foram: textos em formato de teses, dissertações, monografias, estudos de caso, artigos em outras línguas, artigos incompletos, que não estejam no portal eletrônico e que não abordem o tema proposto.

A realização do levantamento bibliográfico ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2018. As buscas pelas publicações foram realizadas na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), através das bases de dados BDENF (Base de Dados de Enfermagem, LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Biblioteca Scientific Electronic Library Online). Foram utilizados os descritores disponíveis do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde): Família, Unidade de Terapia Intensiva adulto e Humanização da assistência. Para melhor entendimento dessa busca foi feita uma figura.

Durante a realização dessa busca, também foi confeccionado um instrumento para coleta de dados que visava auxiliar na organização dos dados, para que não houvesse nenhum tipo de confusão durante as análises. Essa tabela apresentava os principais dados relevantes como procedência, título do artigo e resumo do trabalho.

Durante a pesquisa, foram encontrados 2.251 textos completos disponíveis nas bases de dados, sendo que durante a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos seis artigos que abordavam a temática da percepção do familiar acerca de um ente querido internado na UTI. Sendo assim, foi confeccionado um organograma para uma melhor detecção dos passos utilizados durante a busca dos artigos, conforme figura 1.

Portanto, após percorrido todo esse processo metodológico e visando responder o objetivo desse estudo de forma clara e respeitando os critérios de inclusão exclusão, conseguimos desenvolver o estudo com seis artigos científicos, que foram lidos exaustivamente e criteriosamente. Sendo assim, os resultados foram expressos de forma descritiva e através de uma tabela, para melhor entendimento do assunto.

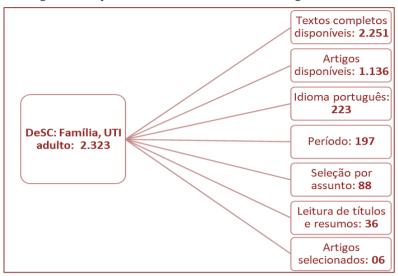


Figura 1. Etapas de inclusão e exclusão dos artigos no estudo.

Fonte: elaborado pelos autores.

3. RESULTADOS

Para entendimento completo dos artigos referentes à pesquisa, também foi criada uma tabela com as principais percepções dos familiares acerca da internação de um parente na UTI. Abaixo segue a tabela 1.

Tabela 1- Análise dos artigos acerca das principais percepções dos familiares segundo o título, autores, objetivos, ano, resultados e conclusão

AUTORES	TÍTULO	ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
FREITAS.K.S, ,MU SSIS.C.F, MENEZES.I.G	Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI.	2009	Conhecer os desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI	-Angústia com a possibilidade de perda; -Cisão da vida familiar; -Mudança na vida social e profissional; -Dificuldade para cuidar de si.	Desconfortos vividos pelos familiares podem ser diminuídos através do apoio social e espiritual da família; do acolhimento, informações e suporte emocional dados pelos profissionais de saúde.
SANTOS. D.G, CAREGNATO. R. C .A.	Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos.	2011	Analisar as percepções e os comportamentos dos familiares frente ao paciente em estado de coma na UTI.	-Tranquilidade com a internação na UTI. -Sentimentos de tristeza, angústia, nervosismo e resignação perda.	Satisfação com o atendimento e com a equipe e o comportamento mais evidenciado foi a emoção.
NASCIMENTO.V. F, MACIEL. M. M., LEMES. A. G, BORGES. A. P., TERÇAS. A. C. P, HATTORI. T. Y.	Percepções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo.	2014	Conhecer as percepções de familiares frente à hospitalização de seu ente querido no ambiente intensivo.	Os familiares vivenciam sentimentos como: medo da morte, dor, estresse, ansiedade, humor deprimido, tristeza, agitação, prostração, tensão, preocupação, angústia.	Destacaram-se sofrimento por afastamento de suas casas e de seus outros familiares, e impotência mediante a situação.

(continuação ...)

Tabela 1- Análise dos artigos acerca das principais percepções dos familiares segundo o título, autores, objetivos, ano, resultados e conclusão

AUTORES	TÍTULO	ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
COMASSETTO.I. , ENDERS. B. C.	Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.	2006	Compreender a experiência dos familiares de pacientes internados em UTI, identificando e descrevendo os elementos que compõem essa vivência.	-Medo da morte; -Ausência de humanização; -Isolamento social; -Confiança na UTI; -Sobrecarga na vida pessoal.	A situação vivida pelos familiares é caracterizada por medo e sentimento de isolamento do seu familiar internado, mesmo confiando na assistência oferecida pela equipe de saúde.
ALMEIDA. S. A., ARAGÃO. N. R. O, MOURA. E, LIMA. G. C, HORA. E. C, SILVA. L. A. S. M.	Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva na unidade de terapia intensiva.	2007	Identificar os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na UTI.	Os sentimentos apresentados foram ansiedade; preocupação; angústia e tristeza; impotência; dor; perda; medo; confiança e segurança; insegurança; fé e esperança.	A ansiedade foi o sentimento que sobressaiu, devido ao ambiente estranho, procedimentos Incerteza do dia seguinte ou expectativa da melhora.
FRIZON. G, NASCIMENTO. E. R. P, BERTONELO. K. C. G., MARTINS. J. J.	Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva: Sentimentos revelados	2009	Conhecer quais os sentimentos dos familiares de pacientes internados na UTI antes da visita	Os sentimentos apresentados foram dor, tristeza, angústia, impotência, Medo, perda e desespero.	Dentre os sentimentos observados destacam-se a angústia, o medo, a impotência e a tristeza.

Fonte: elaborada pelos autores.

4. DISCUSSÃO

Diante do exposto nos estudos acima, percebemos a necessidade de dividir esses sentimentos vivenciados pelos familiares de pacientes internados na UTI em quatro tópicos principais:

Sentimentos em relação ao ambiente da unidade

No estudo realizado, foi percebido que dos seis artigos, quatro relatam sentimentos gerados nos familiares devido o ambiente de UTI. Dentre os quatro artigos que falam sobre o assunto, três deles tratam positivamente e um negativamente

Apesar dos avanços tecnológicos, a UTI ainda é considerada pelos familiares como o "corredor da morte", um ambiente hostil, muitos aparelhos estranhos, pessoas desconhecidas que muitas vezes trabalham de forma rápida, procedimentos diferenciados e muitas vezes não compreendidos, gerando certa expectativa e ansiedade dos mesmos (ALMEIDA, 2007; NASCIMENTO, 2014).

Os familiares enxergam também de forma positiva, com confiança, segurança e tranquilidade a internação no ambiente de UTI, pois o paciente está amparado e recebendo assistência da equipe de saúde e atenção diariamente (COMASSETTO, 2006; SANTOS, 2011).

Logo, esses sentimentos trazidos pelos estudos selecionados são constatados dentro da rotina do enfermeiro intensivista. Percebemos o medo que os familiares chegam a demonstrar, mediante qualquer barulho diferente ou comportamento do paciente ou mudança no monitor, eles já questionam se está tudo bem. Também é perceptível no cotidiano familiar que tem uma boa aceitação do ambiente de UTI, pois se sentem amparados sabendo que seus entes queridos têm assistência contínua.

Sentimentos em relação a si mesmo

De acordo com os estudos, os principais sentimentos encontrados pelos familiares em relação a si mesmo, foram o de impotência e angústia por não conseguirem estar perto do seu parente devido essa cisão repentina na vida familiar e também por não conseguirem conciliar de forma organizada suas atividades da vida diária e os horários de visita.

A internação de um paciente na UTI significa para ele e para seus familiares a descontinuidade e interrupção do ritmo de vida e das interações cotidianas entre eles, que levam a um rompimento abrupto das atividades mais simples como tomar o horário das refeições, um lazer, o voltar para casa depois de um dia de trabalho. É fato também encontrado devido ao desgaste emocional sofrido por conta da internação uma irritabilidade e impaciência que gera mudanças no relacionamento com os demais membros da família. A modificação das atividades diárias dos familiares levou também uma dificuldade de ajustar as áreas profissional e social ao tempo que precisam para acompanhar a evolução do quadro do paciente (FREITAS, 2009).

Esse tópico estudado me fez lembrar uma experiência vivida em que uma jovem filha de uma paciente relatava de forma angustiada que devido a internação da sua mãe, ela não iria dar continuidade ao seu sonho de passar no vestibular para ser arquiteta, pois além de não conseguir se concentrar nos estudos só pensando na mãe e queria se doar ao máximo para a recuperação da mesma.

Sentimentos em relação a morte / perda

O paciente internado na UTI apresenta na maioria das vezes um quadro clínico muito grave de grande instabilidade e risco eminente de morte. Apesar da morte não ser certa, a experiência vivida por esses familiares e a expectativa de perda gera um constante medo. A presença do medo, pelos familiares, da morte e perda do seu ente querido foi um assunto encontrado em todos os artigos estudados.

A incerteza da melhoria do estado de saúde do paciente crítico e a consciência da situação vivida gera um contínuo medo do risco de morte dos mesmos pelos familiares (FRIZON, 2009; ALMEIDA, 2007; NASCIMENTO, 2014; FREITAS 2009).

Foi percebida certa negação da probabilidade da morte como algo certo sendo a mesma referida pelos familiares de forma irônica e com alguns codinomes mais suaves. Torna-se delicado perceber que seu familiar está próximo de morrer, tornando esse momento desagradável, gerando muitos sentimentos ruins como preocupação, angústia e até mesmo desespero (COMASSETTO, 2006).

Segundo Freitas, Mussi, Menezes (2009) e Comasseto, Endres (2006) a oração e a fé são relatadas como formas de consolo e conformação usadas pelos familiares vivenciarem de forma menos dolorosa o sentimento de perda e morte do ente querido.

Sentimentos em relação aos profissionais

Os profissionais da área da saúde, por estarem acostumados ao ambiente o qual trabalham, muitas vezes não percebem que tudo no ambiente de UTI é estranho e aterrorizante para os familiares, fazendo com que esses se sintam desconsiderados e vejam a UTI como um ambiente frio e sem humanização (ALMEIDA, 2007; FRIZON, 2009; NASCIMENTO, 2014).

Essa falta de humanização dos profissionais com os familiares e o momento em que estão vivendo desperta nos mesmos o desejo de cobrança para que se consiga dos profissionais uma visão do paciente como ser humano e muitos desses familiares querem respeito quanto aos seus direitos e do seu ente querido (COMASSETTO, 2006).

Em contra partida, encontram-se momentos em que a enfermagem age com sensibilidade, solidariedade, escutando os familiares (dúvidas e sentimentos), oferecendo de forma clara e coesa as informações. Esse tipo de conduta tomada por esses profissionais, ajuda a diminuir o desconforto em ter seu ente querido enfermo e longe de seus cuidados (FREITAS, 2009; NASCIMENTO, 2014). Já Santos, Caregnato (2011) relatam que aparece com frequência um sentimento de satisfação com assistência humanizada realizada pela equipe multidisciplinar.

Nesse sentindo, a necessidade da presença empática de nós profissionais, em especial nós da enfermagem para com os familiares dos pacientes internados na UTI. Rotineiramente, não percebemos essa assistência por conta da sobrecarga de trabalho também no horário da visita. Contudo, existe uma minoria de

profissionais que apesar da sobrecarga de trabalho, vão até as famílias escutar suas dúvidas e orientar, dando informações de forma e com vocabulário fácil de ser entendido por eles. Percebemos diante do exposto, uma maior tranquilidade, aceitação e cooperação dos familiares quando esses são bem acolhidos, diminuindo consideravelmente os sentimentos angústia, tristeza, impotência, desconfiança que sentem por conta da situação vivida.

Diante do exposto no estudo, sugerimos a realização da presença diária da enfermagem no momento da visita para falar com os familiares, explicar para que serve cada aparelho, dispositivos invasivos e passar para os mesmos, compaixão, segurança e humanização.

5. CONCLUSÃO

Este estudo nos levou a refletir o lugar da família dentro de uma unidade de terapia intensiva, o que se passa em suas vidas e as modificações ocorridas por meio da internação dos entes queridos. A rotina transformada, o dia a dia sofrido e tenso, na espera de qualquer notícia sobre o doente, gera todo um desarranjo familiar.

Concluímos que todos os pontos citados neste estudo estão interligados, pois a cisão na vida familiar repentina devido a internação de um ente querido em um ambiente de UTI, que apesar de ter assistência 24h, é hostil, cheio de aparelhos, procedimentos e pessoas desconhecidas e gera o sentimento de medo da morte do seu familiar enfermo.

A rotina dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva é agitada, muitos procedimentos, burocracias, tornando pequeno o tempo para ser dada a devida importância aos familiares e todos os seus questionamentos. Neste contexto, para que esses sentimentos de impotência, ansiedade, dentre outros, vividos pelos familiares diminuam ou deixem de existir é muito importante o papel do enfermeiro que deve ser empático, acolhedor, ver o paciente como um todo, se fazer disponível para explicar de forma coerente sobre o ambiente, dispositivos invasivos, procedimentos e quadro geral do paciente, dar verdadeiramente a atenção e apoio à família.

No decorrer da construção desse artigo, foi percebido também a pequena quantidade de acervo sobre o assunto estudado mostrando assim, a necessidade de serem desenvolvidos mais estudos vendo que é de grande importância o papel da família na recuperação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, S. R. W.; SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Processo de enfermagem informatizado em Unidade de Terapia Intensiva: ergonomia e usabilidade. Rev Esc Enferm USP.; v. 50, n. 6, p. 998-1004, 2016.
- [2] ALMEIDA, A. S.et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Enferm.; v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009.
- [3] ALVES, E. F. O cuidador de Enfermagem e o cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva. UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde.; v. 15, n. 2, p. 115-22,2013.
- [4] COMASSETTO, I.; ENDERS, B. C. Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Gaúcha Enferm.; v. 30, n. 1, p. 46-53, 2009.
- [5] CUNHA, A. L. C. *et al.* Visita aberta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal: percepção dos visitantes. Rev. Rene; v. 15, n. 1, p. 45-51, 2014.
- [6] FREITAS, K. S.; MUSSI, F. C.; MENEZES, I. G.; Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. Esc. Ana Nery; v. 16, n. 4, p. 704-711, 2012.
- [7] FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale; uma revisão integrativa da literatura. Esc. Anna Nery.; v. 17, n. 3, p. 573-579, 2013.
- [8] FRIZON, G.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELLO, K. C. G.; MARTINS, J. J. Familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva; sentimentos revelados. Rev. Gaúcha Enfermagem.; v. 32, n. 1, p. 72-78, 2011.
- [9] LIMA, R. M. *et al.* Análise da satisfação familiar quanto ao atendimento prestado ao paciente com doença oncológica e tomada de decisão em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. ACM arq. Catarin. Med.; v. 46, n. 3, p. 80-94, 2017.
- [10] MARTINS, J. J. *et al.* Acolhimento á família na Unidade de Terapia Intensiva; conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev. Eletr. Enf.; v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2018.

- [11] MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferma, v.17, n. 4, p. 758-764, 2018.
- [12] MEZZAROBA, R. M.; FREITAS, V. M.; KOCHLA, K. R. A. O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. Cogitare enferm; v. 14, n. 3, 2009.
- [13] NASCIMENTO, V. F. *et al.* Percepção de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. Revista de enfermagem da UFPI.; v. 4, n. 2, p. 92-99, 2015.
- [14] PERAO. O. F.; ZANDONADI, G. C.; RODRÚGUEZ, A.; FONTES, M. S.; NASCIMENTO, E. R. P.; SANTOS, E. K. A. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva de Acordo com a teoria de Wanda Horta. Cogitare enferm; v. 22, n. 3, p. 1-5, 2017.
- [15] PREDEBON, G. R. *et al.* A visita de familiares em Unidade de Terapia Intensiva na ótica da equipe de enfermagem. Ciênc. Cuid. saúde; v. 10, n. 4, p. 705-712, 2011.
- [16] PUGGINA. A. C. *et al.* Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. Esc. Anna Nery; v.18, n. 2, p. 277- 283, 2014.
- [17] SAMPAIO. A. A.; ZONTA, J. B; FERREIRA, F. Y.; OKIDO, A. C. C. Cuidado centrado na família em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica; percepção dos profissionais. Rev. Rene; v. 18, n. 4, p. 515-520, 2017.
- [18] SANTOS, D. G.; CAREAGNATO, R. C.; Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva; percepções e comportamentos. Rev Eletrônica Enfermagem.; v. 15, n. 2, p. 487-495, 2013.
- [19] SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. Einstein.; v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010
- [20] VASCONCELOS, E. V. *et al.* O cotidiano de familiares de pacientes internados na UTI: um estudo com as representações sociais. Rev. Pesqui. cuid Fundam; v. 8, n. 2, p. 4313- 4327, 2016.

Capítulo 2

Prevenção de lesões por pressão em unidades de terapia intensiva: Uma revisão integrativa

Ana Beatriz Oliveira da Paixão
Caroline Dantas dos Santos
Michelle Soeiro de Oliveira
Francisca Antonia do Vale Gomes
Maíra Maria Leite de Freitas
Adriana Paula Feitoza Pinto
Etevaldo Deves Fernandes Neto
Eveline Araujo de Oliveira

Resumo: O presente artigo é uma revisão integrativa que teve como objetivo analisar através de artigos disponíveis na literatura, a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado em UTI na prevenção de lesões por pressão. Para a escolha dos artigos, utilizamos as seguintes bases de dados: BDENF e LILACS, a amostra constituiu-se em 06 artigos, e a análise dos mesmos nos permitiu identificar as formas mais utilizadas pela enfermagem na prevenção das LPP's que são: Estudos e capacitações acerca do tema, criação e implementação de protocolos assistenciais, certificação da prescrição de enfermagem como medida norteadora para a continuidade da assistência, uso da Escala de predição de risco de Braden e realização de abordagens terapêuticas.

Palayras-chave: Lesão por Pressão. Prevenção. Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

É uma constante preocupação dos profissionais da saúde de um modo geral, o índice de pacientes que adquirem a lesão por pressão (LPP) nas unidades hospitalares durante o internamento, pois se trata de uma situação evitável na maior parte dos casos e que acarreta um sofrimento físico e psicológico para o paciente e um alto custo para o hospital (MADO *et al.*, 2012). Apesar dos avanços científicos e tecnológicos nos cuidados com a saúde, as úlceras por pressão (UP), por exemplo, ainda persistem e sua prevalência permanece elevada em pacientes hospitalizados ou cuidados no domicílio, o que representa uma importante causa de morbidade e mortalidade em nível mundial. Essas úlceras afetam a qualidade de vida do doente e de seus cuidadores e se constituem numa notável sobrecarga econômica para os serviços de saúde (ALENCAR et al., 2008).

Em 2016, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), que é a principal organização norteamericana dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão, realizou uma alteração na nomenclatura de úlcera de pressão. Agora, os profissionais de saúde utilizarão a terminologia "lesão por pressão", pois caracteriza de forma mais acertiva a pele intacta e a ulcerada. Segundo a NPUAP, Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL, 2016).

As lesões em pele podem ocorrer devido a fatores extrínsecos, como a umidade excessiva no local, fricção e cisalhamento e intrínsecos como senilidade, rebaixamento de pressão arteriolar e desnutrição (COQUEIRO; BRITO, 2013). A junção dessas forças acomete principalmente os pacientes que se encontram acamados ou apresentam mobilidade reduzida, sendo mais suscetíveis ao aparecimento de LPP's. Portanto, nessas situações, faz-se necessário que sejam realizadas ações que previnam ou diminuam seus riscos ou agravos (ALENCAR et al.,2008).

Na nova atualização, foram mantidos os estágios 1, 2, 3 e 4 onde são caracterizadas em Estágio 1: Pele íntegra comeritema; Estágio 2: Perda de espessura parcial da pele com exposição da derme; Estágio 3: Perda total da espessura da pele e perda tissular; Lesão por Pressão não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível; e Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Descreve ainda as definições adicionais: Lesão por Pressão relacionada a Dispositivos Médicos e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL, 2016).

Os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva são propensos a adquirirem as lesões por pressão pela sua condição de gravidade ou risco clínico. Estes, na maioria dos casos, encontram-se acamados ou com limitações de mobilidade, necessitando de controles severos, terapias complexas e outras condições e problemas como medicações sedativas, vasoativas, rebaixamento de sensório e instabilidade hemodinâmica (ALENCAR et al., 2008).

De acordo com um estudo realizado no Hospital de Ensino do Paraná em 2011, os índices de pacientes internados que formam LPP's poderiam chegar a 68% e em uma UTI com uma variável de 10,62% e 62,5%, a prevalência geral sendo as lesões em estágio I, onde a maior parte dos portadores se encontrava em unidades críticas, a Unidade de Terapia Intensiva e o Centro de Terapia Semi-intensiva, com distribuição de 66,67% e 42,86% portadores respectivamente. Em conformidade, é relevante que as instituições adotem medidas de ações preventivas para que sejam instituídos procedimentos visando a diminuição de novos casos e a redução dos danos e agravos por LPP's. Os profissionais de saúde podem utilizar métodos para avaliação de risco, prevenção e tratamento, a partir do diagnóstico, através de escalas e protocolos existentes. Estes instrumentos devem ser adotados para determinar os cuidados necessários ao paciente (SOARES et al., 2009).

Ademais, o profissional de enfermagem promove a evolução dos pacientes internados e com lesões de pele, não deixando de lado que os portadores de LPP também se encontrarão suscetíveis pelo quadro da doença, pelo qual está hospitalizado e sua gravidade, como pelo local e a estrutura hospitalar oferecida (MOREIRA et al., 2009). Portanto, é válido lembrar que a presença ou ausência de LPP em uma instituição é considerada um indicador de qualidade de atendimento, de gestão e de discussão para futuras normatizações, políticas e metas do serviço. A enfermagem é um dos grandes diferenciais que permeiam por entre todos esses indicadores (MORAES et al., 2016).

A relevância desse estudo está em demonstrar as principais formas de atuação para prevenção de lesões por pressão, utilizadas pelas equipes de enfermagem, apresentando a importância da assistência desses

profissionais na rotina da UTI. Tendo como justificativa a necessidade de informação sobre formas de prevenção que os profissionais de enfermagem encontram na assistência diária oferecida aos pacientes, para que a partir de protocolos e cuidados realizados, os casos de LPP's sejam reduzidos ou erradicados na UTI.

Logo, o objetivo desse estudo foi analisar através de artigos científicos, a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado na UTI na prevenção de lesões por pressão e as principais dificuldades encontradas pela equipe.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que é um método que reúne e sintetiza os resultados de pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática e organizada. É necessária a inclusão de dados relevantes para ajudar na decisão e melhorias na prática clínica (SILVEIRA et al., 2008).

Neste rigor, a revisão integrativa se desenvolve em 6 etapas: 1) Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos dados; 6) Apresentação das sínteses dos dados (MENDES et al., 2008).

A fim de responder o objetivo da pesquisa, deu-se como pergunta norteadora: *Qual a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado na UTI na prevenção de lesões por pressão?*

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre os meses de janeiro a abril de 2018, na base de dados contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para seleção dos artigos, foi utilizada a base BDENF (Base de Dados da Enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Para a busca dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis eletronicamente, em português, publicados nos últimos 10 anos (2007 a 2017) devido se tratar de uma pesquisa mais ampla e que mostrassem as principais formas de prevenção de LPP's utilizadas no setor na UTI pela equipe de enfermagem. Já os critérios de exclusão foram: publicações em forma de teses, dissertações, artigos em outras línguas e que não fossem relacionados ao tema.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: Úlcera por Pressão, Prevenção e UTI.

Para análise dos artigos foi realizada primeiramente o uso dos critérios de inclusão e exclusão e em seguida, foi feita uma leitura de seus resumos, a fim de, encontrar similaridade com o objetivo da pesquisa. Posteriormente, contemplaram-se os seguintes aspectos: título do artigo, ano, autores, objetivo e resultados.

Foram encontrados 208 artigos, sendo que após os critérios de inclusão, restaram 19. Após a leitura minuciosa dos mesmos, viu-se que apenas 06 artigos estavam relacionados aos assuntos pertinentes ao tema, conforme a figura 01 abaixo. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas que demonstram as principais formas de prevenção das LPP's mais utilizadas pela equipe de enfermagem no setor da UTI.

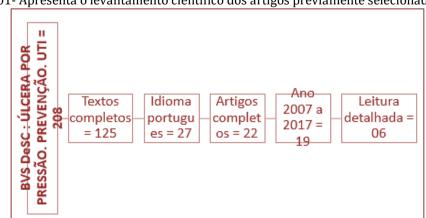


Figura 01- Apresenta o levantamento científico dos artigos previamente selecionados.

Fonte: elaborada pelos autores.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta revisão integrativa, foram analisados 06 artigos que atenderam os critérios de inclusão. Demonstraremos a seguir uma visão geral dos artigos analisados. Em relação aos artigos incluídos neste estudo, todos foram realizados por profissionais enfermeiros. Cinco foram desenvolvidos em unidades hospitalares, e somente um é uma revisão de literatura. Todos os artigos foram publicados em revista de enfermagem, conforme organograma 01 abaixo.



Organograma 01- Descrição dos artigos previamente escolhidos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quanto ao delineamento de pesquisa, de acordo com a tabela abaixo: 1. Estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa, 2. Estudo de caráter qualitativo e descritivo, 3. Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, 4. Estudo observacional, prospectivo, comparativo do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, 5. Estudo prospectivo descritivo e 6. Estudo transversal prospectivo.

A partir do objetivo deste estudo que é analisar através de artigos científicos a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado na UTI na prevenção de lesões por pressão, analisou- se nos artigos que constituem a amostra, que as ações implementadas são direcionadas para a assistência de enfermagem no âmbito da prevenção das LPP's.

Os resultados encontrados mostram que as principais medidas de prevenção das LPP's utilizadas pela equipe de enfermagem na UTI foram: o uso de protocolos, treinamentos, o uso da Escala de Braden, mudança de decúbito e uso de coxins. Abaixo, a tabela 01 mostra mais detalhes de cada estudo.

De acordo com a análise dos estudos, verificou-se que os artigos de números1 e 4 distribuídos na tabela acima, relatam a importância e a necessidade de desenvolver capacitação dos profissionais de enfermagem através de educação permanente e implementação de protocolos de prevenção de lesões por pressão, baseados em evidências científicas para uma maior contribuição dos resultados no âmbito da prática da Unidade de Terapia Intensiva (ROLIM, et al. 2014; VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Observa-se que a equipe de enfermagem possui um papel fundamental na assistência direta e contínua ao paciente internado em UTI. No estudo de Rolim (2013) percebe-se que os enfermeiros atuam em várias vertentes para evitar ou amenizar o risco de LPP's, bem como: Identificação de fatores intrínsecos(Desnutrição/déficit proteico fazendo com que o paciente possua alterações nutricionais, por mais que não seja comprovado cientificamente, esta alteração está ligada a morbidade e mortalidade); Identificação de fatores extrínsecos (Atuação na menção da mudança de roupas de cama, evitar a fricção e a falta de mobilização do paciente); Realização de medidas de conforto e segurança (mudança de decúbito, massagens com óleos, uso de colchões específicos); Escolha das medidas terapêuticas a fim de evitar novas infecções, isto tudo deve ser englobado em um protocolo de prevenção de LPP.

Tabela 1. Síntese dos artigos encontrados nas bases de dados incluídos na pesquisa segundo as principais

NÚMERO	TIPO DE ESTUDO	TÍTULO	ANO	AUTORES	OBJETIVO	RESULTADOS
1	Estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa	Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas	2013	ROLIM, J.A et al.	Identificar as atividades de prevenção e tratamento de UP planejadas e/ou implementadas pelos enfermeiros para pacientes críticos na UTI; investigar a importância atribuída por esses às intervenções planejadas e/ou implementadas.	Desenvolver através de estudos e práticas educativas permanentes, um protocolo de prevenção de lesão por pressão.
2	Estudo de caráter qualitativo e descritivo	Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador	2007	LISE, F, SILVA,L.C	Descrever o processo de instrumentalização para auxiliares, técnicos de enfermagem e familiares na prevenção de UP em pacientes de uma UTI adulto.	Evidenciou-se que a Escala de Braden é um importante instrumento para avaliação na prevenção de lesões por pressão.
3	Estudo exploratório- descritivo com abordagem qualitativa	Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva	2012	STEIN, E.A et al.	Identificar estratégias de prevenção de UP utilizadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado em uma unidade de terapia intensiva.	Ações preventivas realizadas como intervenções de enfermagem em prevenção de lesões por pressão foram: mudança de decúbito, exame físico diário da pele, hidratação da pele, uso de coxins, suporte nutricional, uso de colchão piramidal e massagens de conforto.
4	Estudo observacional, prospectivo comparativo do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva	2017	VASCONCE LOS, J.M.B; CALIRI, M.H.L	Avaliar as açoes dos profissionais de enfermagem, antes e após utilização de protocolo de prevenção de lesões por pressão, em Unidade de Terania Intensiva.	Criação e utilização de um conjunto de recomendações para formulação de um protocolo para prevenção de LPP's em pacientes internados na UTI.
5	Estudo prospectivo descritivo	Validade preditiva da escala de Braden para pacientes de terapia intensiva	2011	COSTA, I.G ; CALIRI, M.H.L	Avaliar a validade preditiva dos escores da escala de Braden em pacientes de um Centro de Terapia Intensiva e descrever as medidas preventivas implementadas pela equipe de enfermagem.	As intervenções de enfermagem mais eficazes utilizadas pela equipe de enfermagem são: mudança de decúbito e a hidratação da pele de pacientes.
6	Estudo transversal prospectivo	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem	2014	BARBOSA, T.P; BECCARIA, L.M; POLETTI, N.A.A	Identificar os pacientes com risco de desenvolver úlcera por pressão em UTI, por meio da Escala de Braden, e relacionar os escores obtidos com as medidas preventivas realizadas pela equipe de enfermagem.	Os cuidados de enfermagem, baseados em diretrizes clínicas, protocolos e níveis de risco de cada paciente, formam medidas de prevenção com eficácia na avaliação de risco de lesões.

medidas de prevenção, de acordo com o título, ano, autores, objetivo e resultados.

Fonte: elaborada pelos autores.

No artigo 4, vemos que se faz necessário um estudo baseado em evidências para assegurar uma qualidade de atendimento ao paciente. Fazendo com que a criação de um "pacote" da junção das ações preventivas e o agrupamento de várias recomendações seja de extrema importância, pois no estudo, percebeu-se que um complementa o outro, aumentando os resultados positivos no que se refere à prevenção de LPP (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

Portanto, é perceptível, analisando estes artigos que a melhor forma de fazer com que a equipe de enfermagem se engaje na continuidade da assistência à prevenção de lesões por pressão, seria a criação de um protocolo com as formas de cuidado em todas as etapas do paciente em risco a lesão. Lembrando também que o processo de educação continuada para todos os profissionais é essencial para a atualização e conhecimento acerca do assunto.

Em relação aos artigos 2,5 e 6 é demonstrada a importância da utilização correta da Escala de Braden, a fim de avaliar o grau de risco de cada paciente a adquirir lesão por pressão (LISE; SILVA; 2007; COSTA; CALIRI, 2011; BARBOSA; BECCARIA; POLETTI, 2014). Foi visto que a utilização desta escala é um instrumento útil e de fácil realização por parte dos profissionais de enfermagem, sendo bastante eficaz

para predizer a ameaça pelos fatores agressores no desenvolvimento das LPP's na UTI. Faz-se necessário também a adequabilidade da mesma pelos enfermeiros subsidiando a prescrição de enfermagem.

Verificou-se também no estudo de número 3 da tabela, que o momento da higienização do paciente é ideal para melhor avaliação de risco de desenvolvimento de lesão por pressão, pelo profissional de enfermagem e da realização de hidratação da pele com hidratante ou óleo, sendo bastante utilizada como medida preventiva e caracterizado como massagem de conforto, realizadas principalmente após o banho, ele lembra que é contra indicado massagens em regiões de proeminências ósseas, quando já existe a lesão instalada no local (STEIN et al., 2012).

Outros cuidados também citados foram: uso de coxins, exame físico diário da pele, suporte nutricional e colchões adequados, esses ainda assim, não diminuem a indispensabilidade do reposicionamento corporal do paciente, estas são outras estratégias encontradas pela equipe para diminuir ou até erradicar o risco.

Todos os artigos citados demonstram a importância da equipe de enfermagem e dos cuidados na prescrição de enfermagem, sendo esta essencial para a implementação, continuidade e eficácia destas medidas preventivas, realizando assim uma assistência mais qualificada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No resultado deste estudo, pode-se verificar várias formas utilizadas pela equipe de enfermagem na prevenção das lesões por pressão, contemplando assim, nosso objetivo almejado. Os artigos abordaram os vários tipos de cuidados que a equipe de enfermagem realiza na busca da prevenção das LPP's em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, sendo eles: Estudos e capacitações acerca do tema, criação e implementação de protocolos assistenciais, certificação da prescrição de enfermagem como medida norteadora para a continuidade da assistência, uso da Escala de predição de risco de Braden e realização de abordagens terapêuticas.

Percebemos, como fator positivo deste estudo, a importância do enfermeiro como peça fundamental na implementação das medidas preventivas quanto ao risco de aparecimento de lesão por pressão na UTI, porém necessita-se de mais pesquisas relacionadas à prevenção das lesões.

Essa pesquisa contribui para a abrangência do conhecimento da equipe de enfermagem referente às diferentes medidas de prevenção utilizadas em pacientes internados na UTI. Faz-se necessária a continuidade dos estudos referentes às lesões por pressão, para disseminar as vivências e conhecimentos científicos.

REFERÊNCIAS

- Alencar Rolim, Jaiany, de Melo Buriti Vasconcelos, Josilene, Larcher Caliri, Maria Helena, Beserra da Costa Santos, Iolanda, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NO COTIDIANO DE ENFERMEIROS INTENSIVISTAS. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2013.
- [2] CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL.Muda Terminologia para úlcera de pressão. Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/muda-terminologia-para-ulcera-por-pressao/ Acesso em: 23/01/2018.
- [3] COQUEIRO, Jandersson Mendes; BRITO, Silva Rayane. MÚLTIPLOS FATORES DE RISCOS E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. RevEnferm UFPE, 2013.
- [4] LISE F, SILVA LC. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. Acta Sci, Health Sci. v. 29, n. 2, p. 85-9, 2007.
- [5] MADO Livramento Neves Silva, Maria; DO Ó CAMINHA, Rafaela Trindade; DOS SANTOS OLIVEIRA, Simone Helena; SARMENTO DINIZ, Edienne Rosângela; DE LIMA OLIVEIRA, Joab; DO NASCIMENTO NEVES, Vanusa Sabino. ÚLCERA POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E LESÕES INSTALADAS. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2013 e 2014.
- [6] MOREIRA, Rosa Aparecida; QUEIROZ, Terezinha Almeida; ARAÚJO, Marcio Flavio Moura; ARAÚJO, Thiago Moura; CAETANO, Joselany Áfio. CONDUTAS DE ENFERMEIROS NO TRATAMENTO DE FERIDAS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. RevRene.2009.
- [7] MORAES, J.T.; BORGES, E.L.; LISBOA, C.R.; CORDEIRO, D.C.O.; ROSA, E.G.; ROCHA, N.A. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO: ATUALIZAÇÃO DO NATIONALPRESSUREULCERADVISORYPANEL. RECOM.2016.

- [8] MENDES, K.D. S; SILVEIRA, R.C.C. P; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Florianópolis, 2008.
- [9] POLETTI, N; BECCARIA, L. BARBOSA, T. Avaliação do risco de úlcera por pressão em uti e assistência preventiva de enfermagem. Rev. Enfermuerj. v. 22, n. 3, p. 353-8, 2014.
- [10] SOARES, Pott; FRANCIELE, Dayne Ribas; JANYNE, Maciel da Silva; OTÍLIA, Beatriz; SANGLARD DE SOUZA, Thaís; REICHEMBACHDANSKI, MitzyTannia; MEIER, Marineli Joaquim. ALGORITMO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. Cogitare Enfermagem, 2013.
- [11] SILVEIRA, Renata Cristina; GALVÃO, Cristina Maria; MENDES, Karina Dal Sasso. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm. v.17, n.4, 2008.
- [12] SERPA, L.F.; SANTOS, V.L.C.G.; CAMPANILI, T.C.G.F.; QUEIROZ, M. validade preditiva da escala de bradenparapacientes de terapia intensiva. Acta paul. enferm. v.24, n.6, 2011.
- [13] STEIN, E.A.; SANTOS, J.L.G.; PESTANA, A.L.; GUERRA, S.T.; PROCHNOW, A.G.; ERDMANN, A.L. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para a prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. RevPesquiCuid Fundam. V. 3, n.3, p. 2505-12, 2012.
- [14] VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. AÇÕES DA ENFERMAGEM ANTES E APÓS UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO EM TERAPIA INTENSIVA. Esc Anna Nery. v. 21, n. 1, 2017.

Capítulo 3

Perfil clínico e sociodemográfico de muheres com Câncer de Mama em um estado do nordeste Brasileiro

Igor Andrade Azevedo
Márcia Alves Ferreira
Lívia Lopes Custódio
Sara Maria Oliveira Bandeira
Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares
Eveline Araujo de Oliveira
Ismael Pereira Maciel
Adriana Paula Feitoza Pinto

Resumo: A neoplasia mamária consiste no surgimento de tumores na mama e em regiões adjacentes ocasionados pela proliferação descontrolada de suas células. Desta forma, objetivou-se analisar o perfil clínico e sociodemográfico do CA de mama no estado do Piauí nos anos de 2010 a 2014, por meio dos dados do Sistema de Informações do Câncer do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (SISCAM-DATASUS) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva, retrospectiva e documental. resultados revelaram que foram registrados no período analisado, 289 mulheres com idades iguais ou superiores a 35 anos, com o diagnóstico confirmado de CA de mama por meio da biopsia, onde o ano com maior expressão foi de 2014 com 35,29% dos casos, sendo 78% residentes no município de Teresina. Em relação ao perfil sociodemográfico, 30,1% estavam na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, 38,4% eram de raça parda, 38,4% tinham o ensino fundamental incompleto. Na avaliação clínica, 54,3% dos casos estavam com o CA de mama localizado na mama direita, os quais 87,1% foram identificados em maior quantidade pela Biópsia por Agulha Grosa e 48,7% eram do grau II segundo o histopatológico. No período avaliado, ocorreram 775 casos de óbito, com maior representação no ano de 2013 e 28,51% encontravam-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Portanto, no Estado do Piauí houve aumento do número de casos, principalmente em mulheres com mais de 50 anos de idade.

Palayras-chave: Câncer de mama. Perfil. Vigilância.

1. INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária consiste no surgimento de tumores na mama e em regiões adjacentes ocasionados pela proliferação descontrolada de suas células. Compromete estruturas mamárias (lóbulos e ductos mamários), circunvizinhas e demais órgãos (metástase), que compromete a rede linfática da região axilar, subclavicular e do esterno. Sua etiologia é desconhecida, porém se sabe que alterações genéticas ou adquiridas por exposição a fatores ambientais provocam esse descontrole característico do câncer (CA) de mama (BRASIL, 2015; GONÇALVES et al., 2014).

O CA de mama é o que possui o maior índice de incidente em mulheres, quando consideramos todos os casos de câncer, exceto o câncer de pele não melanoma. Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), 25% dos casos de câncer em 2012 no mundo, foi de câncer de mama, sendo a quinta causa de morte por câncer e a mais frequente em mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama quando ajustada pela população mundial apresenta uma curva crescente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, sendo que no ano de 2013, atingiu a taxa de 12,66 óbitos/100.000 mulheres, sendo que as regiões brasileiras que apresentam maiores taxas, nesse mesmo ano, são as regiões Sudeste e Sul, com 14,25 e 13,70 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (BRASIL, 2014).

Sua etiologia é bastante variada, estando ligado a causa genética, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo depois de 34 anos, obesidade, sedentarismo, ingestão alcoólica excessiva e terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010). No sexo masculino, este tipo de câncer é representado como uma doença rara, que acomete apenas 1% da população masculina (BUZARD; MAULF; LIMA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte para as ações de detecção precoce, pois para ter controle eficaz do câncer de mama, são necessárias medidas que garantam um diagnóstico da doença nas fases iniciais (WHO, 2009). Desta forma, após o rastreamento e a confirmação do diagnóstico, a paciente segue para tratamento. Assim, tão logo se defina o diagnóstico, a paciente começa a ser tratada por meio de procedimento cirúrgico (mastectomia total, radical modificada e radical) e de técnicas coadjuvantes (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) (BUZARD; MAULF; LIMA, 2015).

Atualmente, com o desenvolvimento das tecnologias em medicina curativa, as neoplasias mamárias ganharam uma gama de possibilidades em seu tratamento, sendo o antineoplásico um verdadeiro avanço na cura e controle deste tipo de câncer, aumentando a expectativa de vida dos pacientes (GUIMARÃES; ANJOS, 2012). Entretanto, tais medicações provocam toxicidade, desencadeando debilitações agudas e crônicas. Além disso, interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes, pois pode ocasionar redução nas capacidades fisiológicas, cognitivas e sociais (BRASIL, 2014).

Desta forma, dentre os tipos de tratamento para a neoplasia mamária, a mastectomia, em especial, acarreta uma série de consequências de ordem física e psicológica, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais, incluindo a incerteza sobre o futuro, medo da recidiva, do seu tratamento, além da insegurança sobre as suas funções na família e no trabalho (SCHNEIDER et al., 2014). Tais sinais e sintomas são influenciados, especialmente, pelo comprometimento da sua autoimagem, decorrente tanto da própria cirurgia e dos efeitos colaterais da quimioterapia, como também do preconceito gerado pelo diagnóstico (BRASIL, 2014).

No início, pode haver desconforto da paciente ao olhar a incisão cirúrgica. Lidar com essa situação requer cautela e as dificuldades enfrentadas devem ser respeitadas e manejadas com sensibilidade. Os profissionais da área da saúde devem ajudar a reconhecer que os seus sentimentos são respostas esperadas a fim de tranquilizar e permitir que ela expresse suas emoções. A mamoplastia é um passo valioso na recuperação pós-mastectomia, muitas vezes, ajudando as pacientes a recuperarem o senso de feminilidade. Existem várias técnicas para a reconstrução de mama, porém nenhum procedimento é superior a outro em todos os quesitos (BRASIL, 2012).

Visto que, atualmente, o CA de mama está cada vez mais frequente e suas consequências repercutem com forte impacto na vida das mulheres acometidas por essa doença, emergiu o interesse para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que permitirá uma análise desta enfermidade no Estado do Piauí. Desenvolver estudos que abordem essa temática é relevante para que os profissionais de saúde possam identificar o impacto do câncer de mama.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é analisar o perfil clínico e sociodemográfico do CA de mama no estado do Piauí nos anos de 2010 a 2014 e como objetivos específicos: conhecer o município e o ano de maior ocorrência de CA de mama no Estado em estudo, determinar a localização, o procedimento cirúrgico

e o grau histológico do CA de mama e demonstrar o número de óbitos devido ao CA de mama neste Estado da região nordeste do Brasil no período analisado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER DE MAMA: CONCEITO, TIPOS E FATORES DE RISCO

O câncer é o termo dado para um conjunto de mais de 100 doenças que podem se manifestar em quase todos os tecidos do corpo humano, sendo que alguns podem desenvolver vários tipos distintos da doença. Essas doenças possuem como características alterações que determinam um crescimento desorganizado que comprometem tecidos e órgãos, que podem espalhar, através de metástase, para outras regiões do corpo (URBANS et al., 2017).

As neoplasias são divididas em benignas e malignas, tendo como principal diferenciação a agressividade e velocidade de multiplicação. As neoplasias benignas crescem lentamente e são menos agressivas, ou seja, os tecidos próximos não sofrem grandes danos. Enquanto as neoplasias malignas aumentam de tamanho rapidamente e comprometem as células próximas na busca por nutrientes (BUAID; MALUF; LIMA, 2013).

Segundo Varella e Moreira (2015), os tipos de câncer de mama mais comuns são carcinoma ductal in situ, sarcomas, carcinoma de Paget e carcinoma inflamatório. O Carcinoma ductal in situ é aquele que não invadiu a membrana basal e não tem a capacidade de enviar êmbolos para o sistema vascular. É um tumor que costuma ser descoberto na fase pré-clínica, por meio de mamografia, através da presença de microcalcificações. Os sarcomas originam-se do tecido conjuntivo que existe entre as glândulas mamárias. São raros e disseminam pela corrente sanguínea. Eles podem crescer rapidamente e atingir grandes volumes locais sem o aparecimento de elevações externamente.

Após identificar a qual tipo pertence o CA de mama, tendo a informação sobre o tamanho do tumor, o comprometimento de linfonodos e metástases, a doença pode ser classificada em cinco estágio: Estágio 0 (é chamado de carcinoma in situ que não se infiltrou pelos ductos ou lóbulos, sendo um câncer não invasivo); estágio I (é um tumor pequeno que não se espalhou pelos linfonodos; estágio IIA (é um tumor em qualquer uma das condições: - Não há evidência de tumor de mama, mas existe metástase em linfonodos axilares, homolaterais, moveis.- Tumor menor que 2 centímetros e que infiltrou nos linfonodos axilares - Tumor entre 2 e 5 centímetros, que não sofreu metástases (MIGOWSKI et al., 2018).

Também pode ser classificado em estágio IIB (é um tumor em qualquer uma das condições abaixo: - Tumor entre 2 e 5 centímetros que infiltrou nos linfonodos axilares. - Tumor maior que 5 centímetros que não sofreu metástases; estágio III (é um tumor em qualquer uma das condições abaixo: - Tumor é menor que 5 centímetros, que se espalhou pelos linfonodos axilares que estão aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas. - Tumor é maior que 5 centímetros, atinge linfonodos axilares os quais podem ou não estar aderidos uns aos outros ou a outras estruturas vizinhas; e por fim, estágio IV (tumor de qualquer tamanho que tenha se espalhado para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado ou cérebro) (MIGOWSKI et al., 2018).

Diversos fatores contribuem para o aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: idade, fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva, fatores relativos ao ambiente ou comportamento, e fatores genéticos ou hereditários. O primeiro fator é a idade, que assim como em vários outros tipos de câncer, é o fator de maior contribuição para o aumento do risco do desenvolvimento do câncer de mama (BUAID; MALUF; LIMA, 2013).

O segundo fator relaciona- se ao estímulo ou consumo hormonal, dentre estes, podemos citar: menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa. No terceiro fator, estão inclusos o sobrepeso e obesidade, tabagismo, exposição excessiva a radiação e ingestão de bebida alcoólica. O quarto e último fator, consiste na presença de mutações em determinados genes transmitidos na família (INCA, 2018).

Jemal et al. (2014), esclarecem em seu estudo que os fatores genéticos estão relacionados à presença de mutações em determinados genes, de maneira especial nos genes BRCA1 e BRCA2, correspondendo de 5% a 10% do total de casos. Sendo assim, mulheres que têm um histórico familiar de câncer de mama ou pelo menos um caso de câncer de ovário ou câncer de mama em homem em parente consanguíneo, podem ter predisposição genética e são consideradas de maior risco para a doença.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Segundo dados da OMS, foram registrados 1,68 milhão de novos diagnósticos e 522.000 mortes por câncer de mama em 2012 (OMS, 2013). Em termos de prevalência, a situação no Brasil assemelha-se bastante ao cenário internacional, com esta neoplasia figurando como o câncer mais frequente na mulher nas regiões Sul, Sudeste, Centro-oeste e Nordeste. Ao todo, estima-se que a incidência de câncer de mama será ao redor de 58.000 novos casos em 2017 (INCA, 2018).

A neoplasia mamária causa uma desordem no código genético em 5% a 10%, o qual é responsável por ocasionar danos de origem física, química ou biológica, acumulados ao longo da vida mutações somáticas não hereditárias. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos da confirmação do diagnóstico é de 61% (OMS, 2013). Piauí acompanha a tendência mundial. Segundo dados do INCA, em 2016, o Piauí registrou 580 casos. Em todo o Nordeste, a taxa é de 38,74 casos por 100 mil habitantes, um número ainda muito alto (INCA, 2016).

É importante considerar que antes dos 15 anos, a neoplasia mamária é uma patologia relativamente rara, porém acima desta faixa etária, a incidência cresce rápida e progressivamente. Como fator protetor para o desenvolvimento de neoplasia mamária, tanto a pré-menopausa quanto na pós-menopausa tem-se a prática da lactação. Porém, ainda não há consenso sobre quanto tempo de amamentação é necessário para proteger a mulher de tal enfermidade. A prática regular de atividade física também é um provável fator de proteção para o câncer de mama na pós-menopausa (BRASIL, 2012).

No que se refere a mortalidade, o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral no mundo, segunda na população feminina de países desenvolvidos e primeira entre as mulheres de países em desenvolvimento (INCA, 2018). Em 2013, os óbitos por câncer de mama entre a população feminina ocuparam o primeiro lugar no Brasil (16,1%), assim como na região Nordeste (14,9% óbitos) (JEMAL et al.; 2014; FERLAY et al.; 2015). Apesar do impacto da neoplasia mamária na mortalidade, observa-se, nos países desenvolvidos, diminuição de aproximadamente 2,3% ao ano (MARTINS et al., 2013).

Essa redução vem sendo atribuída a implantação de programas de rastreamento organizado nesses países, com acesso às estratégias de detecção precoce e tratamento em tempo oportuno. Consequentemente, a sobrevida aumentou, aproximadamente, 85% no período de cinco anos (2005 a 2009) (JEMAL et al., 2014).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2017), no continente americano, o câncer mamário é o mais comum entre as mulheres, sendo a segunda maior causa de morte entre esse público. Caso essas tendências se mantenham, a expectativa é que haja um aumento de 46% no número de novos casos até 2030.

Migawski et al. (2018), chamam atenção em sua pesquisa para o fato do número de diagnósticos da doença em estágio inicial ser ainda ser considerado insuficiente, pois, cerca de 80% dos casos novos que são diagnosticados apresentam tumores em estágios avançado (III ou IV), fazendo com que a cirurgia invasiva seja a alternativa terapêutica mais recomendada. Sendo assim, a mamografia e o exame clínico da mama, são considerados os meios mais eficazes para a detecção precoce da doença (BRASIL, 2012).

Desta forma, para diminuir a gravidade dos seus indicadores, bem como diminuir a incidência da identificação em uma fase mais avançada, fazem-se necessárias políticas públicas eficazes que sejam capazes de oferecer os meios diagnósticos e seus benefícios para a detecção precoce da doença. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda que mulheres de 50 a 69 anos realizem pelo menos uma mamografia a cada dois anos. Já mulheres de 40 a 49 anos, devem realizar o exame clínico da mama anualmente (BRASIL, 2012).

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) defende que "a mamografia feita com qualidade e com periodicidade anual ainda é o modo mais preciso de se diminuir a mortalidade por câncer de mama" e menciona uma pesquisa feita no Canadá com mulheres de 40 a 79 anos, observadas por 19 anos. Segundo a pesquisa, as canadenses que fizeram o exame tiveram uma taxa de mortalidade 40% menor. Após a recomendação da SBM de que mulheres com mais de 40 anos devem fazer a mamografia anualmente, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) afirmou que a recomendação do Ministério da Saúde (MS) é que mulheres com 50 a 69 anos sem sinal da doença façam o exame a cada dois anos (SBM, 2015).

2.3 DIAGNÓSTICO

A mamografia atualmente tem como principal papel a detecção precoce do câncer de mama em mulheres assintomáticas. A eficácia do rastreamento mamográfico foi estabelecida por ensaios randomizados controlados, nos quais uma significativa redução de mortalidade por câncer de mama foi alcançada pela capacidade da mamografia mostrar carcinomas dúcteis *in situ* e câncer invasivo de tamanho menor e em estágio mais precoce do que em grupos pós controle que não passaram pelo rastreamento (VARELLA; MOREIRA. 2015).

A mamografia ainda é o exame padrão ouro para rastreio e prognóstico do câncer de mama. Com o advento de novos conhecimentos e tecnologias, a ecografia está ganhando espaço e hoje em dia tem seu uso no rastreio da neoplasia da mama muito difundido, assim como a realização de biópsias em casos de dúvida (PIMENTAL, 2017).

As recomendações do MS para o rastreamento desse tipo de câncer consistem no exame clínico das mamas anual para as mulheres a partir dos 40 anos e mamografia bienal para as mulheres entre 50-69 anos. Além disso, para população com risco elevado, preconiza-se rastreio com exame clínico das mamas e mamografia anual a partir dos 35 anos de idade, e para as que possuírem menos de 35 anos, a ultrassonografia de mamas é indicada para rastreio inicial (BRASIL, 2009).

Segundo a Política Nacional da Atenção Oncológica, o rastreamento deve ser contemplado por todos os níveis de atenção e por uma equipe multidisciplinar. Entre os níveis de atenção, a Atenção Básica pode ser considerada como a porta de entrada para atender mulheres prioritárias para o rastreamento pela sua capilaridade e possibilidade em captar a maioria da população feminina em risco. Neste nível, desempenham-se ações de promoção, proteção à saúde e prevenção, como a solicitação da mamografia e o exame clínico das mamas, as quais permitem detectar casos no estádio avançado da doença, e assim reduzir custos a partir da busca de assistência eficiente e de qualidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

O exame clínico das mamas é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, que deve ser realizado em todas as consultas clínica-ginecológica, independente da faixa etária, com periodicidade mínima anual. Permite avaliar sinais e sintomas, a fim de detectar lesões suspeitas de câncer e descartar condições benignas por meio da inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares, axilares e supraclaviculares. Durante o exame, os profissionais têm a oportunidade de alertar a mulher sobre o câncer de mama, enfatizando os sinais de alerta, os riscos e medidas preventivas (BRASIL, 2012; 2013).

Como vantagem, o exame clínico não gera custos adicionais, podendo ser empregado como método alternativo em locais com recursos precários. Suas desvantagens estão relacionadas, principalmente, a falta de capacitação do profissional de saúde que realiza a consulta à mulher, à baixa especificidade e sensibilidade em detectar tumores pequenos (BRASIL, 2015). Mesmo sem a comprovação científica de seus benefícios como método de rastreamento, o exame clínico das mamas deve ser realizado no caso de queixas mamárias, como parte inicial da investigação (BRASIL, 2013).

Desse modo, verifica-se a importância dos profissionais da atenção básica para o controle do câncer de mama para atuarem no âmbito da prevenção, promoção e educação em saúde em conformidade com as diretrizes brasileiras. Neste sentido, a literatura destaca a necessidade de investimento em programas de capacitação dos profissionais e ações educativas para a população, uma vez que poucos profissionais possuem o conhecimento sobre os métodos, procedimentos, protocolos e legislações vigentes, o que acarreta em um rastreamento inadequado. Contudo, observa-se um número reduzido de estudos sobre a temática relacionada a atuação dos profissionais no nordeste brasileiro (BRASIL, 2013).

No entanto, existe a possibilidade de subnotificação dos dados. O baixo registro nos sistemas de informações e a implantação de um novo sistema de informação, o Sistema de Informações do Câncer (SISCAM), podem ser os responsáveis por essa situação. Outra possibilidade é o fato da população do interior realizar exames nas capitais, e estes são registrados pelos municípios fornecedores dos serviços, como é o caso da capital sergipana (AZEVEDO; SILVA et al., 2014).

Esse sistema informatizado de entrada de dados desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o INCA, para auxiliar a estruturação do Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama) coleta e processa informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos, fornecendo dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames, e assim orientando os gerentes estaduais do Programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município. O SISCAM também é fundamental para a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados (BRASIL, 2013).

Levando em consideração a gravidade e importância do tema foi desenvolvido no final da década de 1980 um sistema para ajudar na padronização dos relatórios mamográficos e assim diminuir a discordância de interpretações. O BI-RADS que é uma sistematização internacional para avaliação mamária, interpretação do exame e confecção dos laudos de exames de imagem especificamente da mama (VARELLA; MOREIRA, 2015). No Brasil, essa padronização, foi adotada a partir de 1998 após decisão conjunta de várias instituições, entre elas o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) (URBAN, 2012).

A atual classificação de BI-RADS dividem as lesões mamárias em 7 grupos (QUADRO 1) (URBANS et al., 2017).

Quadro 1: Classificação de BI-RADS para as lesões mamárias. Teresina-PI, 2018.

	ie Di-Kads para as lesues mama	·
AVALIAÇÃO	CONDUTA	PROBABILIDADE DE CÂNCER
Categoria 0: incompleta – requer avaliação por imagem adicional e/ ou mamografias anteriores para comparação	Reconvocação para aquisição de imagens adicionais e/ ou comparação com exames anteriores	N/A
Categoria 1: negativa	Rastreamento mamográfico de rotina	Essencialmente 0% de probabilidade de malignidade
Categoria 2: achado benigno	Rastreamento mamográfico de rotina	Essencialmente 0% de probabilidade de malignidade
Categoria 3: achado provavelmente benigno	Seguimento de curto prazo (6 meses) ou acompanhamento mamográfico periódico	Entre 0 a 2 % de probabilidade de malignidade
Categoria 4: achado suspeito Categoria 4A: baixa suspeita de malignidade Categoria 4B: moderada suspeita de malignidade Categoria 4C: alta suspeita de malignidade	Diagnóstico tecidual	Categoria 4: de 2 a 95% de probabilidade de malignidade Categoria 4A: 2 a 10% de probabilidade de malignidade Categoria 4B: 10 a 50% de probabilidade de malignidade Categoria 4C: 50 a 95: de probabilidade de malignidade
Categoria 5: achado altamente sugestivo de malignidade	Diagnóstico tecidual	Maior ou igual a 95% de probabilidade de malignidade
Categoria 6: malignidade comprovada por biópsia	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriada	N/A

Fonte: URBANS et al., 2017, p. 141.

Com o desenvolvimento de sistemas pouco invasivos de biópsias de mama, a acurácia no diagnóstico das lesões tem sido muito melhorada. Estes procedimentos orientados pela ecografia têm sido reconhecidos como seguros sendo uma alternativa menos agressiva e menos custosa em relação à cirurgia aberta para o estabelecimento do diagnóstico (KOPANS, 2008).

Inicialmente descrita por Parker, no começo dos anos 90, a *core biopsy* de mama guiada por Ultrassom é atualmente um dos principais métodos diagnósticos das neoplasias de mama, sendo considerada por muitos como a melhor técnica para biópsia nas alterações mamarias sólidas (ROCHA et al., 2013).

Todas as lesões mamárias, palpáveis ou não, que possam ser alcançadas com segurança, por agulha, podem ser submetidas à biópsia percutânea. A biópsia de lesões não palpáveis, detectadas por imagem, com o mínimo de invasibilidade, permitindo o diagnóstico de câncer pré-operatório, com a possibilidade de planejamento do tipo de cirurgia, é uma parte importante e inovadora de um serviço de imagem de mama (AGUILLAR; BAUB; MARANHÃO, 2009).

2.4 TRATAMENTOS

O câncer de mama carrega os tabus de uma doença chamada "maldita", possível causadora de desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, trazendo sofrimentos por tratamentos prolongados. É visto também como potencialmente estressor que provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares (SANTOS; XAVIER; SANTOS, 2012).

Além disso, a consequência mais grave é a realidade do diagnóstico e a mastectomia, pois abrange o aspecto íntimo, feminino e emocional da mulher, aliados ao desconhecimento da doença, o que soa como

uma sentença de morte. O câncer de mama pode afetar mulheres de todas as faixas etárias; no entanto, a maior prevalência é a partir dos 50 anos. Nesta fase, a mulher geralmente procura menos o serviço de saúde, por não estar mais no período reprodutivo e se considerar menos vulnerável. No caso das mulheres jovens acometidas pelo câncer, embora menos frequente, é retratada uma realidade mais cruel já que estando em plena fase produtiva e reprodutiva, a mulher ainda possui filhos dependentes.

A quimioterapia do câncer de mama inclui diferentes opções de combinações de fármacos, as quais se tornaram padrão de quimioterapia adjuvante e neoadjuvante para a maioria das pacientes, pois possui sua eficácia clínica comprovada e reduz o risco de recorrência. Essas medicações incluem a antraciclinas (doxorrubicina e epirrubicina) e taxanos (paclitaxel e docetaxel) (PIRANDA et al., 2013). No entanto, o uso destas medicações além de atingir as células cancerígenas, também acometem células saudáveis, baixando a imunidade do paciente e deixando-o vulnerável a outras patologias oportunistas. Desta forma, para o tratamento de uma paciente com câncer de mama ser eficaz é necessário a atuação de uma equipe multiprofissional, onde o profissional farmacologista deva fazer parte, pois irá acrescentar seus conhecimentos farmacológicos frente ao tratamento, contribuindo na condução dos casos clínicos e auxiliando o médico na melhor propedêutica (GUIMARÃES; ANIOS, 2012).

O tratamento mais comum é a extração da mama comprometida. Em alguns casos, os médicos vêm fazendo apenas a retirada de partes da mama, através de: quadrantectomia (remoção de um quarto da mama) e lumpectomia (remoção apenas do tumor e de pequena região circunvizinha), obtendo assim, bons resultados em termos de sobrevida e melhor efeito estético, já que o órgão é conservado. A radioterapia e a quimioterapia também são tratamentos indicados em casos mais avançados. A escolha do método terapêutico apropriado irá depender de vários fatores, tais como: idade, localização e tamanho do tumor, disponibilidade financeira, análise da mamografia e do modo da paciente lidar com a mama afetada (NASCIMENTO; MACHADO, 2009).

É importante ressaltar que a cirurgia da neoplasia mamária sofreu grandes mudanças nas últimas décadas. Atualmente, a mastectomia conservadora é o tratamento padrão para a doença em estádio inicial. Como alternativa para melhorar a negativação que o câncer de mama provoca, existe a reconstrução mamária. A reconstrução mamária é uma alternativa apresentada normalmente pelo médico na tentativa de amenizar o estigma e melhorar o aspecto físico quando há possibilidade segura de realizá-la (AZEVEDO et al., 2014).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva, retrospectiva e documental. O cenário de coleta de dados foi o banco de dados do SISCAM-DATASUS, por meio das informações referentes às mulheres com câncer de mama no Estado do Piauí no período de 2010 a 2014. Foram selecionados dados do exame anatomopatológico de mama (Biópsia) presentes no SISCAM-DATASUS nos anos de 2010 a 2014, de mulheres com 35 anos ou mais de idade, com a neoplasia de mama maligna e residentes no Estado do Piauí. Foram excluídos achados exame citopatológico de mama e mamografia unilateral e mamografia bilateral para rastreamento.

Após extraídos os dados, aconteceu a organização em planilhas do EXCEL que facilitou a tabulação das seguintes variáveis do estudo: dados sociodemográficos (faixa etária, cor, escolaridade e município de residência) e dados clínicos (localização e classificação do câncer segundo o grau histológico, procedimento cirúrgico e o número de óbitos no período analisado) Em seguida, os dados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas para melhor compreensão.

Este estudo utilizou dados públicos do Sistema de Informações do Câncer do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (SISCAM-DATASUS) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), desta maneira, não foi necessário o cadastro em Comitê de ética em Pesquisa (CEP), obedecendo portanto as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo principalmente seres humanos).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados deste estudo foram constituídos por 289 mulheres com idades iguais ou superiores a 35 anos, com o diagnóstico confirmado de CA de mama por meio da biopsia no período de 2010 a 2014. O gráfico 2 demonstra que o ano com maior número de casos confirmados de CA de mama, foi o ano de 2014 com 102 casos (35,29%), seguido do ano de 2012 com 62 casos (21,45%).

Sendo assim, foi possível observar aumento do número de casos notificados de CA de mama por meio de biópsia no Estado do Piauí com discreta redução entre os anos de 2012 a 2013. O fato do ano de 2014 ter obtido o maior número de casos pode ser explicado pelo fato deste ano também ter representado o maior registro em 10 anos em todo o território nacional, com 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2018).

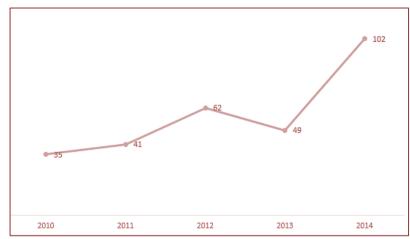


Gráfico 1: Mortalidade de câncer de mama no estado do Piauí, 2010 a 2014.

Fonte: DATASUS/SISMAM

O gráfico 2 demonstra que, entre os anos avaliados, que o município com o maior número de casos cofirmados de CA de mama pela biópsia foi Teresina, com 140(78%), seguido de outros municípios com 115(39%) dos casos.

Em relação ao grande números na capital do Estado, Barbosa et al. (2015) explicam que a concentração dos serviços de saúde em grandes centros urbanos e a falta de organização na rede de serviços fazem com que, em muitos municípios, principalmente os afastados da área urbana, as mulheres tenham que se deslocar para áreas com oferta de serviços, gerando a sobrecarga em hospitais públicos de outras cidades, como é o caso das capitais federativas, pois constam com uma gama maior de sérvios de saúde em relação aos seus municípios.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a região Nordeste juntamente da região Sudeste, apresenta as maiores proporções de câncer de mama em relação as outras regiões no Brasil e sendo mais prevalente no sexo feminino (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015).

Em relação ao perfil sociodemográfico, sobressaíram mulheres com faixa etária de 50 a 59 anos de idade, com 72 casos (30,1%), de raça parda, com 111(38,4%) e com ensino fundamental incompleto com 92 casos (31,8%).

Em um estudo realizado em Caxias-RS, com 273 casos de CA de mama foi possível identificar resultados diferentes, pois houve prevalência numérica de indivíduos brancos, com média de idade de 57 anos. No entanto, se assemelhou ao nível escolar, onde se destacaram aquelas com o nível escolar baixo (DUGNO et al., 2014). Os resultados de outras pesquisas corroboram com os evidenciados, pois a faixa etária com maior frequência, entre 2000 a 2012 no Estado do Goiás foi a de 50 a 69 anos, correspondendo a 43,7% do total, seguida da faixa de 40 a 49 anos, com 29,1% (AZEVEDO et al., 2017). Um estudo, referente aos anos de 1989 a 2003 em Goiânia, evidenciou que a média de idade das mulheres com diagnóstico de câncer de mama foi 56 anos (ROSA et al., 2015).

Gráfico 2: Municípios do Estado do Piauí com números expressivos de casos de câncer de mama, 2010 a 2014.

Pedro II Floriano Piripiri Parnaíba

Menos de 1% de todos os Cânceres de Mama ocorrem em mulheres com menos de 25 anos de idade. A grande maioria tem sua incidência aumentada após os 30 anos, apresentando um platô entre 45 e 50 anos, aumentando progressivamente (INCA, 2018).

2%

2%

2%

No que se refere a faixa etária, esse estudo mostra similaridade a afirmação do Ministério da Saúde que relaciona a maior frequência do CA de mama em mulheres acima dos 50 anos (BRASIL, 2015). Em uma pesquisa realizada, duas Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI com 80 mulheres, no período de agosto a novembro de 2017, também mostraram que a maioria das mulheres (72,5%) tinha entre 50 a 59 anos e 46,3% possuíam ensino fundamental incompleto (OLIVEIRA; VILARINHO; MILANEZ, 2018). Estudo realizado em Hospital de

Oncologia de Belém-PA evidenciou resultados diferentes em relação a faixa etária e escolaridade, pois 44,4% estavam na faixa etária de 41 a 50 anos e 50% tinham ensino médio (PENHA et al., 2013).

Em relação a cor e a escolaridade, outros estudos também evidenciaram a parda com maior expressão e o ensino fundamental incompleto como maior ocorrência, representando no Estado do Goiás 63% e 42%, respectivamente (AZEVEDO et al., 2017). Em Tocantins, observou-se que 73,21% (n=839) das mulheres avaliadas eram pardas (SOUSA; FIGUEIREDO; FERNANDES, 2016).

Já em Vitória, constatou-se que as mulheres com ensino fundamental completo têm risco de morte 3,76 vezes maior do que aquelas com nível superior. Quanto à mortalidade em relação ao ensino fundamental incompleto e completo, correspondeu, respectivamente, a 43% e 21%. Representando que há uma tendência de diminuição do risco de morte acompanhado de um aumento do nível de escolaridade (ALBRECHT et al., 2015) A escolaridade reflete no nível socioeconômico, assim mulheres com menor grau de escolaridade possuem limitações de acesso ao serviço de saúde, adiando o diagnóstico e dificultando a oportunidade do tratamento adequado para a cura (BORGES et al., 2016).

Estudo desenvolvido por Lages et al. (2018) apontaram que, em mulheres analfabetas, o risco de mortalidade por câncer de mama é 7,4 vezes maior do que em mulheres com nível superior e para aquelas com o ensino fundamental incompleto, o risco é 3,76 vezes maior.

Tabela1- Características sociodemográficas dos casos de câncer de mama no Estado do Piauí 2010 a 2014

2010 a 2014												
VARIÁVEIS	201	0N=35	201	2011N=41 2012N=		2N= 62	2013N=49 2014N= 102				TOTALN=289	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
FAIXA ETÁRIA	4	2.5	_	5 .0		<i>c</i> 1	_		-	10.1	4.5	5 0
35 a 39	1	2,7	3	7,3	4	6,4	2	4	7	19,1	17	5,8
40 a 49	6	17,1	9	21,9	12	19,3	11	22,4	22	21,5	60	20,7
50 a 59	11	30,5	15	36,5	16	25,8	13	26,5	32	31,3	87	30,1
60 a 69	10	27,7	11	26,8	19	30,6	11	22,4	21	20,5	72	24,9
Acima de 70	7	19,4	3	7,3	10	16,1	12	24,4	20	19,6	52	17,9
RAÇA												
Branca	0	0	4	9,7	8	12,9	7	14,2	7	6,8	26	8,9
Preta	3	8,3	8	19,5	11	17,7	2	4	7	6,8	31	10,7
Parda	0	0	17	41,4	40	64,5	27	26,4	27	26,4	111	38,4
Amarela	1	2,7	0	0	1	1,6	1	2	4	3,9	8	2,7
Ignorado	31	88,5	12	29,2	1	1,6	1	2	57	55,8	112	38,7
ESCOLARIDAD	DΕ											
Ignorado	32	88,8	25	60,9	6	9,6	2	4	0	0	65	22,4
Analfabeto	1	5,5	3	7,3	10	16,1	8	16,3	15	14,7	37	13,2
Ens. Fund. Inc.	1	2,7	4	9,7	22	44,8	19	38,7	46	45	92	31,8
Ens. Fun. Inc.	1	2,7	6	14,6	15	24,1	14	28,5	22	21,5	58	20
Ens. Méd. Comp.	0	0	3	7,3	8	12,9	6	12,2	17	16,6	34	11,7
Esn. Med. Comp.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,9	2	0,6

Fonte: DATASUS/SISMAM

Em relação a avaliação clínica, a tabela 2 demonstra que a localização do CA de mama com maior expressão foi na mama direita com 157 (54,3%), os quais foram identificados em maior quantidade pela Biópsia por Agulha Grosa com 252 (87,1%) e com maior destaque para o CA de mama de grau II segundo o histopatológico com 141(48,7%) casos.

Em estudo de um hospital de referência em Oncologia (Vitória, ES) mostrou resultados semelhantes, pois os maiores percentuais em relação ao estadiamento foram: II (45%), I (25%) e III (22%), sendo que não foi considerado o estádio 0 (ALBRECHT et al., 20113). Estudo realizado com treze pacientes de instituição oncológica de Santa Catarina revelou igual ocorrência para os estádios II e III -46,1% cada e 7,7% para o estádio IV (ROSA; RADUNZ, 2013). Já em Goiás, o estágio III representou 3,6% dos casos (AZEVEDO et al., 2017). Apesar da discordância dos resultados desse estudo, percebe-se que o estádio III sempre aparece entre os de maior percentual, sendo que também foi esse estádio que teve a segundo maior representação no Estado do Piauí com 74 (25,6%) no período estudado.

Em uma pesquisa realizada por Lages et al. (2018), com casos confirmados de CA de mama em mulheres jovens no Estado do Piauí, também evidenciou maior incidência em relação ao estágio histológico 55,9% estavam no grau II e 24,5% no grau III (LAGES et al., 2018). Divergindo dos resultados Gnerlich et al. (2009), observaram estadiamento avançado (≥III) em mulheres mais jovens e estadiamento menos avançado em mulheres com 50 anos ou mais.

Em Tocantins, 62% estavam no estágio II e 24% no estágio III. No Rio Grande do Norte também observouse maior proporção de diagnóstico de estágios iniciais da neoplasia, tanto em pacientes com baixo grau de escolaridade — dos quais 30% foram diagnosticados nos estadiamentos iniciais 0, I (incluindo IA) ou II (incluindo IIA, IIB) quanto naqueles com alto grau de escolaridade, dos quais 31% foram diagnosticados nos estadiamentos iniciais 0, I (incluindo IA) ou II (incluindo IIA, IIB). Em relação à lateralidade do tumor, constatou-se prevalência da mama esquerda (BARBOZA et al., 2017).

A detecção do Câncer de Mama ainda em estádios não invasivos (carcinoma in situ) reduz a frequência de desenvolvimento de câncer de mama invasivo, e aumenta a identificação em estádios iniciais (TNM estádio I), proporcionando assim um tratamento com menor morbidade e chance de cura maior que 90% (INCA, 2018).

Muitos estudos têm associado o aumento do número de casos detectados nos estágios iniciais ao aumento da cobertura mamográfica, especialmente para mulheres entre 40 e 69 anos, onde uma hipótese que justificaria a maioria dos casos detectados no início da doença e aumento dos casos avançados detectados

seria uma melhorias no rastreamento mamográfico no Estado do Piauí, no período avaliado (2010 – 2014) (MARTINS et al., 2009; ROSA; RADUNZ, 2013).

Foi observado também nos resultados deste estudo, uma grande quantidade de casos não avaliados em relação ao grau histopatológico, o que pode sugerir o descaso dos profissionais de saúde em relação a esse item, que por sua vez é importante para avaliar a severidade da doença.

Tabela 2 - Características clínicas dos casos de câncer de mama no Estado do Piauí, 2010 a 2014.

145014 2 041	Tabela 2 daracteribileas comiteas aos casos de cancer de mama no Estado do Fidal, 2010 d 2011											
VARIÁVEIS	2010 N=35		2011	N=41		12 N= 62		013 =49		14 N= 102	TOTALN=289	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Localização do CA												
Mama Direita	18	50	27	65,8	37	59,6	26	53	49	48	157	54,3
Mama Esquerda	17	48,5	14	34,1	24	38,7	23	46,9	53	51,9	131	45,3
PROCEDIMENTO CIRURGICO												
Biópsia Incisional	1	2,8	5	12,1	5	8	8	16,3	1	0,9	20	6,9
Biópsia Excisional	2	5,5	2	4,8	2	3,2	1	2	0	0	7	2,4
Biópsia por Agulha Grosa	31	86,1	31	75,6	52	83,8	40	81,6	98	96	252	87,1
Biópsia Extereotóxica	1	2,7	2	4,8	2	3,2	0	0	3	2,9	8	2,7
Resecção Segmentar	0	0	1	2,4	0	0	0	0	0	0	1	0,3
GRAU HISTOLÓGICO												
I	1	2,8	1	2,4	10	16,1	6	12,2	10	9,8	28	9,6
II	12	33,3	16	39	27	43,5	24	48,9	62	60,7	141	48,7
III	8	22,2	12	29,2	11	17,7	15	30,6	28	27,4	74	25,6
Não Avaliado	14	38,8	12	29,2	13	20,9	4	8,1	2	1,9	45	15,5

Fonte: DATASUS/SISMAM

Em relação ao número de óbitos no Estado do Piauí, no período observado, ocorreram 775 casos, dos quais foi possível constatar que o ano de 2013 obteve 181 casos (23,35%) e o ano de 2012 obteve 161 casos (20,77%), conforme mostra o gráfico 3.

Levando em consideração os dados observados, foi possível observar uma discreta redução dos anos de 2013 para o ano de 2014, no entanto o óbito devido ao CA de mama ainda continua com números elevados no Estado do Piauí. Apesar dos números elevados em quantidade de óbito, o Estado do Piauí ocupa a penúltima posição entre os Estados da região nordeste em ocorrência de óbitos, sendo que o Estado do Pernambuco ocupa a primeira posição (BARBOSA et al., 2015).

Diferente de diversos países desenvolvidos, o Brasil tem registrado nos últimos anos aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama, justificado, sobretudo, pelo diagnóstico tardio e pelo atraso na implantação do tratamento adequado, uma vez que essa neoplasia é considerada curável se diagnosticada e tratada precocemente (INCA, 2018). Uma das principais dificuldades e fator determinante para o diagnóstico tardio da Neoplasia de Mama é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas (PENHA et al., 2013).

Após uma pesquisa realizada nas regiões da grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Sul, detectou-se que houve um aumento no número de óbitos nas capitais. Correlacionaram esse aumento com um maior índice populacional, e apontaram que outro fator importante seria a vinda desses pacientes que residem no interior do estado para a capital a procura de tratamento especializado (SILVA et al., 2014).

Segundo dados da Agência Internacional para a Pesquisa do Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o número global de mortes por câncer subiu para 8,2 milhões em 2012, mostrando uma expansão da doença nos países em desenvolvimento.

As variações nas taxas de mortalidade por câncer de mama podem ser atribuídas ao diagnóstico precoce através do screening com mamografia e o acesso a tratamentos mais eficazes, incluindo quimioterapia adjuvante ou tamoxifeno, bem como radioterapia e cirurgia de suporte, além do aumento na frequência de novos casos, fato que ocorre devido à variação nos riscos para a doença (AKINYEMIJU et al., 2013).

Um dos aspectos mais importantes a serem avaliados no Brasil é a distribuição dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país. A baixa disponibilidade de serviços de saúde, em muitos aspectos relacionados ao câncer de mama, tem sido associada às regiões mais pobres. A precariedade está relacionada à realização do screening, no aparato ao diagnóstico, o estágio da doença ao ser diagnosticada, aos métodos de tratamento disponíveis e, como consequência, o impacto na sobrevivência (RENCK et al., 2014).

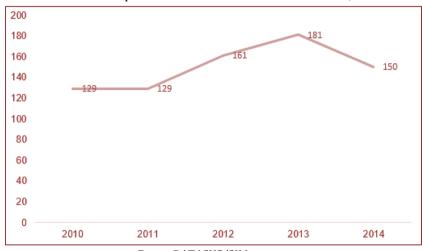


Gráfico 3 - Número de óbitos por câncer de mama no Estado do Piauí, 2010 a 2014.

Fonte: DATASUS/SIM

Em relação a faixa etária com maior ocorrência de óbitos no período avaliado, destaca-se a de 50 a 59 anos com 221 casos (28,51%), seguida da faixa etária de 60 a 69 anos com 170 casos (21,93%), conforme demonstra o gráfico 3.

Corroborando aos resultados deste estudo, no Estado do Goiás, o número total de óbitos e a taxa de mortalidade foram maiores nas faixas etárias acima de 40 anos, sendo especialmente mais elevados após os 50 anos de idade. Sendo que ocorreu um aumento percentual de 73,7% na faixa de 50 a 69 anos e decréscimo percentual de 30,9% da taxa de mortalidade nas mulheres entre 40 e 49 anos (AZEVEDO et al., 2017).

O estudo realizado por Rêgo et al. (2015) no Estado do Maranhão, de 2010 a 2014, também permitiu observar a elevação das taxas do câncer de mama no decorrer dos anos e com a idade. Em um estudo realizado em Minas Gerais, por Simão e Sousa (2012), no período de 1994 a 1999 e Matos et al. (2009), estudaram a taxa de mortalidade por câncer de mama no período de 1990 a 2004, no município de Maringá (PR), observaram que a faixa etária de maior prevalência foi de 40 a 69 anos.

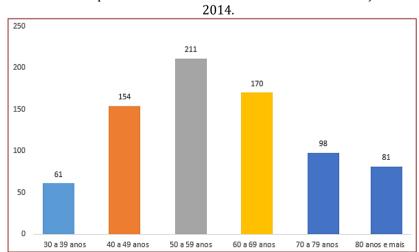


Gráfico 4 – Número de óbitos por câncer de mama no Estado do Piauí em relação a faixa etária, 2010 a

Fonte: DATASUS/SIM

Levando em consideração o número de algumas informações em branco ou ignoradas, o Ministério da Saúde alerta para o fato de que decisões médicas devem ser tomadas baseadas em evidência e informação. Quanto mais informação melhor. Os gestores de saúde também deveriam se valer da mesma lógica: conhecer o cenário das doenças é imprescindível no processo decisório que envolve a saúde pública, especialmente na oncologia. Para atender a população da melhor forma possível, os gestores precisariam se basear em informações como quantos são os pacientes oncológicos atendidos em sua região, onde eles estão, e se estão sendo tratados, quantos leitos de hospitais seriam necessários, entre outras (BRASIL, 2015).

Segundo Silva et al. (2014), se houvesse a obrigação de uma notificação compulsória dos casos de câncer como ocorre com a AIDS, a malária e a tuberculose, o governo poderia se valer dos dados coletados para uma alocação mais eficiente da verba da saúde.

Portanto, a notificação compulsória é o primeiro passo para a operacionalização eficiente de políticas oncológicas baseadas em dados técnicos e parâmetros pré-definidos. A adoção da obrigatoriedade em âmbito nacional é apontada como uma medida importante na luta contra o câncer. Além do Governo Federal, que ainda não realiza o registro compulsório, cada estado individualmente também pode adotar a medida local. Isso possibilitaria que cada unidade federativa aperfeiçoasse os serviços e ações na assistência ao paciente de câncer, possibilitando melhor equalização orçamentária e a idealização de alternativas originais para ampliar o acesso (BRASIL, 2015).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que foram registrados no período analisado 289 mulheres com idades iguais ou superiores a 35 anos, com o diagnóstico confirmado de CA de mama por meio da biopsia, onde o ano com maior expressão foi de 2014, onde a maioria eram residentes no município de Teresina. Em relação ao perfil sociodemográfico, a pesquisa revelou a maioria dos casos na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, de raça parda, com ensino fundamental incompleto. Na avaliação clínica, sobressaíram os casos de CA de mama localizado na mama direita, os quais foram identificados em maior quantidade pela Biópsia por Agulha Grosa e eram do grau II segundo o histopatológico.

No período avaliado, ocorreram 775 casos de óbito, com maior representação no ano de 2013 e encontravam-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Portanto, no Estado do Piauí houve aumento do número de casos, principalmente em mulheres com mais de 50 anos de idade.

REFERENCIAS

- [1] AGUILLAR, V. L.; BAUB, S.; MARANHÃO, N. Mama, diagnóstico por imagem: mamografia, ultra-sonografia, ressonância magnética. Reinventer, 2009.
- [2] ALBRECHT, C. A. M. et al. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. Rev. bras. epidemiol. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 52-91, set. 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00582.pdf Acesso em: 12 nov. 2018.
- [3] AMERICAN CANCER SOCIETY. Breast Cancer Facts e Figures 2015-2016. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2015. Disponível em:https://www.cancer.org/conte nt/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- [4] ANJOS, J. C.; ALAYALA, A.; HOFELMANN, D. A. Fatores associados ao câncer de
- [5] mama. Cad Saúde Colet., São Paulo, v. 20, n. 3, p. 341-50, 2012. Disponível em:< www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/.../CSC_v20n3_341-350.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.
- [6] AKINYEMIJU, T. F. et al. Trends in Breast Cancer Stage and Mortality in Michigan (1992–2009) by Race, Socioeconomic Status, and Area Healthcare Resources. PLoS ONE. v.8, n. 4, p. 618-79, mai. 2013. Disponível em:https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0061879>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- [7] AZEVEDO, S. G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad Saúde Pública. São Paulo, v. 30, n. 7, p. 1537-550, set. 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf. Acesso em: 11 set. 2018.
- [8] AZEVEDO, D. B. et al. Perfil das mulheres com câncer de mama profile of women with breast câncer. Rev. enferm. UFPE on line., Recife, v. 11, n. 6, p. 2264-272, jun., 2017. Disponível em:<file:///C:/Users/cliente/Downloads/23386-45377-1-PB.pdf >. Acesso em: 19 nov. 2018.

- BARBOSA, I. R. et al. Mortalidade por câncer de mama nos estados do Nordeste do Brasil: tendências atuais e projeções até 2030. Revista Ciência Plural, v. 1, n. 1, p. 4-14, set. 2015.Disponível em:< file:///C:/Users/cliente/Downloads/7318-Texto%20do%20artigo-19214-1-10-20150629.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018
- [10] BARBOZA, R. S. et al. O câncer de mama no rio grande do Norte, um estudo retrospectivo: perfil epidemiológico, clínico e terapêutico. Mastology, v. 27, n. 2, p. 109-16, set. 2017. Disponível em:http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2017/10/MAS-v27n2_109-116-1.pdf Acesso em: 12 nov. 2018.
- BORGES, Z. S. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Rev. bras. Epidemiol. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 1-13, set. 2016. Disponível em:http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497rbepid-19-01-00001.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- [12] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer INCA. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- [13] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- [14] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer INCA. Incidência de Câncer no Brasil, 2012.
- [15] BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília; 2013.
- [16] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2015: Incidência do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- [17] BUZAID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R. Manual de oncologia clínica do Brasil.ed. São Paulo: Dentrix, 2013.
- [18] DUGNO, M. L. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, São Paulo, v. 10, n. 36, mai-jun. 2014. Disponível em:https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/36/artigo3.pdf.
- [19] FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide. IARC Cancer Base nº. 11. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2013. Disponível em:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>. Acesso em: 11 set. 2018.
- [20] GNERLICH, J. L. et al. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. J. Am. Coll. Surg. v. 208, n. 3, p. 341-47, set. 2009. Disponível em:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19317994 Acesso em: 21 nov. 2018.
- [21] GUIMARÃES, A. G.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. Rev. bras. cancerol., São Paulo, v. 58, n. 4, p. 581-92, out. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00037.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.
- [22] GONÇALVES, L. L. C. et al. Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção das mulheres. Rev. Esc Enferm., São Paulo, v. 48, n. 3, p. 394-400, mai. 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-394.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.
- [23] JEMAL, A. et al. The Cancer Atlas. Second Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. Disponível em:http://canceratlas.cancer.org/assets/uploadsSecond-Edition-in-Portuguese.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.
- [24] LAGES, L. P. et al. Perfil dos indivíduos com câncer de mama em idade jovem no Piauí. Braz. J. Surg. Clin. Res. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 29-33, set-nov. 2018. Disponível em:https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180902_011618.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- [25] MATOS, J. C. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. Rev. Gaúch Enferm, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 445-52, set. 2009. Disponível em:https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem//8989/6994>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- [26] MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco
- [27] para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. Rev latinoam enferm., Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 57-64, set-out. 2010. Disponível em:< www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4162 >. Acesso em: 03 set. 2018.
- [28] MARTINS, E et al. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. Rev. bras. Med. ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, v. 31, n. 13, p. 219-23, set. 2009. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5 a03.pdf>.
- [29] MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I Métodos de elaboração. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 6, p., mai. 2018. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00116317.pdf >. Acesso em: 12 set. 2018.

- [30] NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 62, n. 4, p. 567-71, lul/ago. 2009. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/11.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.
- [31] ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Câncer de mama é a segunda principal causa de morte entre mulheres nas Américas; diagnóstico precoce e tratamento podem salvar vidas. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index. Acesso em 03 set. 2018.
- OLIVEIRA, V. A. S.; VILARINHO Mª. L. C. M.; MILANEZ, L. S. Caracterização de mulheres com risco do câncer de mama na Atenção Primária à Saúde. Rev. Enferm. UFPI, Recife, v. 7, n. 1, p. 38-43, jan-mar. 2018. Disponível em:< file:///C:/Users/cliente/Downloads/6787-25903-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- [33] PENHA, N. S. et al. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Belém, v. 34, n. 4, p. 579-84, nov. 2013. Disponível em:< https://www.ingentaconnect.com/content/doaj/art00024?crawler=true>. Acesso em: 12 nov. 2018.
- [34] PIMENTEL, M. S. L. Rastreamento do câncer de mama na atenção básica. 2017. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Sergipe.
- [35] PIRANDA, D. N. et al. Farmacogenética e Implicações Terapêuticas no Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 449-52, mai. 2013. Disponível em:http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/15-artigoopiniao-farmacogenetica-implicacoes-terapeuticas-cancer-mama.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.
- RÊGO, M. B. A. et al. Tendência de óbitos por câncer de mama no estado do Maranhão breast cancer death tendency in the state of maranhão, Brazil. Rev. Pesq. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 102-06, mai-ago, 2015 Disponível em:< file:///C:/Users/cliente/Downloads/4240-13276-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- [37] RENCK, D. V. et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 88-96, mai. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00088.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.
- [38] ROCHA, R. D. et al. Passo-a-passo da core biópsia de mama guiada por ultrassonografia: revisão e técnica. p. 5-55, agosto 2013.
- [39] ROSA, L. M.; RADÜNZ, V. Do sintoma ao tratamento adjunvante da mulher com câncer de mama. Texto context-enferm, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 713-21, set. 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a 18.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.
- [40] ROSA, L. M. et al. Produção científica da enfermagem oncológica: recorte temporal 2002 a 2012. J Nurs UFPE on line, Recife, v. 9, n. 3, p. 7055-64, set. 2015. Disponível:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6670/pdf_7373. Acesso em: 12 nov. 2018.
- [41] SANTOS, S. L.; XAVIER, V. R.; SANTOS, P. P. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. Revista Internacional de Andrología. Espanha, v. 10, n. 3, p. 106-12, jul-set. 2012. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/257684586/download > Acesso em: 04 set. 2018.
- [42] SCHNEIDER, I. J. C. et al. Rastreamento mamográfico do câncer de mama no sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. São Paulo, v. 30, n. 9, p. 1987-97, set. 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1987.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.
- [43] SILVA, A. S. et al. Ocorrência de câncer de mama no Brasil e no estado de Santa Catarina. 2014. Disponível em:http://www.portaldeginecologia.com.br/ler.php?id=157>. Acesso em: 25 out. 2018.
- [44] SIMÃO, A. B.; SOUZA, L. M. A evolução da Morbidade e Mortalidade por Câncer de Mama entre a população Feminina de Minas Gerais 1995 a 2001. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2012. Ouro Preto MG; ABEP, 2012.
- SOUSA, M. M.; FIGUEIREDO, S. B.; FERNADES, R. M. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres com neoplasia de mama atendidas no hospital regional de referência no município de Araguaína-TO no período de 2000 a 2015. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, v. 2, n. 02. p. 283-306, jan/jun. 2016. Disponível em:right]file:///C:/Users/cliente/Downloads/2124-Texto%20do%20artigo-11722-1-10-20160601.pdf. Acesso em: 21 nov. 2018.
- [46] KOPANS, D. B. Diagnóstico por imagem da mama. Guanabara, n.3, p. 455-50, 2008.
- URBAN, L. A. D. et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por imagem, da sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por método de imagem. Radiol Bras. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 334-39, nov-dez. 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rb/v45n6/09.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- [48] URBANS, L. A. B. D. et al. Atlas BI-RADS do ACR: sistema de laudos e registro de dados de imagens de mama. (JPR'2016), n.5 p. 80 -165, 2017.

Educação, humanização e integralidade em Saúde

[49] VARELLA, M.; MOREIRA, Desempenho da classificação ecografia BI-RADS no diagnóstico do câncer de mama. 2015. 82 p Tese (Programa de Pós-Graduação em ciências Cirúrgicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

[50] World Health Organization (WHO). World Cancer Report, 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009. Disponível em:< www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/>. Acessado em: 13 mar. 2016.

Capítulo 4

Síndromes hipertensivas no ciclo gravídico: Relato de experiência

Andréa Batista da Silva
Francisca Cleani de Sousa
Carla Vanessa Pinheiro da Silva
Maíra Maria Leite de Freitas
Marina da Silva Nobre
Samara Gomes Matos Girão
Jaqueline Gomes de Souza Santos
Ariane Spat Ruviaro

Resumo: A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional primando um ciclo gravídico tranquilo e saudável. Neste momento tão importante para a saúde da mulher, observa-se, uma situação limítrofe, onde a préexistência de alguma doença ou agravo, torna maior a probabilidade de evolução desfavorável na gestação. Assim, implicando em riscos tanto para a mãe quanto para o feto, caracterizando essas mulheres como "gestantes de alto risco". O objetivo dessa pesquisa é desvelar um relato de experiência sobre o atendimento de enfermagem realizado em gestantes com síndrome hipertensiva em seu ciclo gravídico.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Gestantes. Hipertensão induzida pela gravidez. Assistência Integral à Saúde. Pré-natal.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional primando um ciclo gravídico tranquilo e saudável. Neste momento tão importante para a saúde da mulher, observa-se, uma situação limítrofe, onde a pré-existência de alguma doença ou agravo, torna maior a probabilidade de evolução desfavorável na gestação. Assim, implicando em riscos tanto para a mãe quanto para o feto, caracterizando essas mulheres como "gestantes de alto risco" (BRITO et al., 2015).

As mudanças que acontecem na gravidez, na maioria das vezes são bem aceitas pelas gestantes, sendo possível no decorrer da gestação, surgir intercorrências, assim passando a classificar gestante de alto risco materno e fetal. Deste modo, é crucial que haja uma comunicação harmônica e clara entre a gestante e o profissional de saúde, cujo objetivo seja promoção e preservação da saúde do binômio mãe – filho (BRITO et al., 2015).

No Brasil, apresentamos um alto índice de morbimortalidade materna e perinatal, incompatíveis com o desenvolvimento do País. Nota-se que a maioria das complicações durante a gestação, parto e puerpério são previsíveis. Logo, se houvesse uma participação ativa de políticas públicas de saúde poderíamos prevenir a saúde gestacional (BRASIL, 2012).

A Síndrome Hipertensiva na Gestação ainda é muito frequente e responsável pela maioria das mortes materno fetal no Brasil, por possuir uma alta taxa de prevalência no nosso país, ocupa o primeiro lugar das intercorrências do ciclo gravídico puerperal. Fica em primeiro lugar como a principal causa de morte materno, principalmente se ela já chegar em uma de suas formas mais graves como a eclâmpsia e a síndrome de HELP, não importando se a mulher é multípara ou primípara, ela interfere em ambas (FREIRE DE AGUIAR et al., 2010).

Vale ressaltar que a hipertensão gestacional que pode ocasionar um nascimento prematuro, ou seja antes de completar uma idade gestacional de 37 semanas, trazendo grandes riscos para o RN, já que a mortalidade e morbidade são maiores em neonatos prematuros (LOPES et al., 2014). É imprescindível a atuação da enfermagem de forma individualizada a esta paciente, agilizando assim o diagnóstico para posteriormente intervir de maneira rápida e eficaz, minimizando os riscos para o binômio mãe - filho.

As síndromes hipertensivas que ocorrem na gravidez são classificadas como: hipertensão crônica, hipertensão sobreposta a hipertensão crônica, pré-eclâmpsia / eclampsia, hipertensão gestacional (FERREIRA et al., 2016).

Dessas Síndromes, a pré-eclâmpsia é a de maior incidência, junto com outras síndromes hipertensivas são responsáveis por mortes maternas e fetais, principalmente em países desenvolvidos. Portanto, para evitar essas complicações é necessário o conhecimento da fisiopatologia, acompanhamento pré-natal, diagnóstico precoce e tomada de decisão perante as complicações (LOPES et al., 2014).

Os sinais indicativos da pré-eclampsia são: Náuseas, dor epigástrica, cefaléia, alterações visuais, hiperreflexia, taquipnéia e ansiedade. Porém, às vezes a evolução é silenciosa, ou seja, sem sinais de alerta. A eclampsia pelo quadro de convulsões, em mulheres cuja gravidez se complicou devido a pré-eclampsia, excluindo diagnósticos de epilepsia, meningite, sepse dentre outros. Estes episódios podem ocorrer após a 20^a semana de gestação no parto e nas primeiras 48 horas pós parto (SANTOS, 2016).

As síndromes hipertensivas ocupam segundo lugar em causas de mortes perinatais, perdendo apenas para as causas hemorrágicas. A pré-eclampsia pode ocorrer após a 20^a semana de gestação, durante o parto e até 48 horas após o parto. É caracterizada pelo aumento de P.A. (140X90 mmHg) e presença de proteína na urina (BRITO et al., 2015; BRASIL, 2012).

Ademais, faz-se necessária a busca de melhorias assistenciais e cuidados efetivos e paliativos. Logo, primase agirmos dentro dos nossos limites na busca de prestar um atendimento rápido e eficaz para a identificação precoce dessas síndromes gestacionais, a fim de minimizar os danos à saúde materna e fetal. Deste modo, é importante a aplicação do plano assistência de enfermagem dentro dos padrões diagnosticados, pois a hipertensão gestacional pode levar óbito da mãe e do bebê.

Dentre os cuidados de enfermagem, destaca-se aferição dos níveis pressóricos quatro vezes ao dia, de preferência com a paciente em decúbito lateral esquerdo em repouso no leito, diariamente verificação do peso, avaliação diária da proteinúria, controle da diurese, verificação dos movimentos fetais observar sinais e sintomas de SHEG (FERREIRA et al., 2016).

A relevância deste trabalho se deu a partir da necessidade que foi percebida de um melhor acompanhamento do pré-natal na unidade básica. Portanto, a enfermagem busca diversas maneiras educativas, com palestras, educação em saúde, orientações no pré-natal, grupo de gestantes que visem a qualidade da assistência prestada a essas pacientes.

Foi através dos recorrentes atendimentos às gestantes com pressão arterial elevada que emergiu o anseio das pesquisadoras em descrever um relato de experiência com a temática das Síndromes Hipertensivas na Gestação (SHEG). Com isso, visa-se a busca de uma orientação preventiva e ágil com a tentativa de minimizar os danos causados pela SHEG. Salienta-se ainda que uma prevenção com ações educativas atua na diminuição de gestantes hipertensivas em decorrência de se tratar de uma patologia previsível.

O objetivo dessa pesquisa é desvelar um relato de experiência e nele mostrar a importância da enfermagem no acompanhamento realizado em gestantes com síndrome hipertensiva em seu ciclo gravídico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por enfermeiras em um hospital secundário de pequeno porte, situado no interior do estado do Ceará. Em decorrência do crescente número de atendimentos às gestantes com quadro de síndromes hipertensiva, tornou-se o objeto desta pesquisa.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, esta cidade conta com uma população de 55.535 habitantes, e aproximadamente uma taxa de 15,6% por mil nascidos vivos (IBGE, 2016).

A cidade conta apenas com uma unidade hospitalar, atende em média de 250 pacientes por dia, sendo aproximadamente 8% destes atendimentos obstétricos. Vale ressaltar que o hospital não dispõe de um centro cirúrgico.

Diante do exposto, para fundamentação do referencial teórico, realizou -se a busca dos artigos indexados nas seguintes bases de dados: National Library of Medicine (PubMed); The Cochrane Library e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); ScientificElectronic Library Online (SciELO);

2.1 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O relato de experiência ocorreu em um município praiano que dispõe de um hospital generalista, que passou por várias reformas. Entretanto, necessita de uma atenção especial e que conta com os mais variáveis tipos de atendimentos. Por se tratar de uma região com muitas praias, hotéis, pousadas, turistas, este Município é bem movimentado.

Deste modo, são atendidos na unidade hospitalar todos os tipos de patologias e quando requer um cuidado especializado ou atenção maior, o paciente é encaminhado para o hospital polo ou para um hospital terciário na capital. Assim, os tipos de atendimento aos pacientes são variáveis e acometidos por: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, emergências obstétricas, atendimento clínico de forma geral e atendimentos traumatológicos.

No hospital, contamos com uma equipe médica de 02 plantonistas diurnos e 01 noturno; 02 enfermeiros 24hs; 01 obstetra somente em alguns dias na semana;7 técnicos de enfermagem distribuídos da seguinte forma: 1 na sala de curativos; 1 na aferição dos SSVV; 1 no posto de enfermagem; 1 na sala de parto; 3 no preparo e administração de medicação. Conta ainda com uma sala de reanimação; Raio X; recepção; 1 enfermaria masculina; 1 feminina; 1 pediatria, isolamento, e na emergência 3 salas de observação, além da farmácia, copa, lavanderia e outros.

O enfermeiro generalista de um hospital, faz-se necessário prestar um atendimento direcionado, pois são vivenciadas diversas experiências, inclusive com pacientes gestantes, que dão entrada na emergência da unidade hospitalar com pressão arterial acima de 140x90mmHg e/ou outras sintomatologias que caracterizam as SHEG. Vale ressaltar que esta unidade hospitalar é de atenção secundária e possui atendimento de maternidade 24 horas. Mesmo ficando descoberto em alguns momentos pelo médico obstetra, o hospital dispõe de clínico geral integral.

É valido enfatizar que este fica a 50km do hospital polo, e no hospital de origem, só são realizados os partos vaginais, tendo em vista que não dispõe de Centro Cirúrgico, ou seja, os pacientes mais graves são transferidos para o hospital polo.

Ademais, quando se tem uma gestante com a pressão arterial acima de 140x90mmHg, fica-se em alerta, deixando-a em decúbito lateral esquerdo, é puncionado acesso venoso periférico de grosso calibre, exame físico cefalo podálico, ausculta dos batimentos cardios fetais. Conclusos tais procedimentos, é monitorada a pressão arterial e os principais sinais eminentes de eclâmpsia que são: epigastralgia, escotomas (estrelinhas, visão turva), náuseas. É importante durante o atendimento, avaliar os edemas. Importante procurar deixar a gestante num ambiente calmo, sem barulho e luzes fortes.

No ato da internação da gestante, são realizados os testes rápidos anti HIV, hepatite B e C, VDRL, caso esta fique estável sem sinais de alerta e pressão arterial controlada, a mesma permanece em observação no hospital de origem. Ao contrário, se apresentar pressão arterial de difícil controle mesmo com medicações, convulsões, sangramento interno, prematuridade, são transferidas imediatamente para o hospital polo ou até mesmo um hospital terciário na capital.

2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é constituída por cinco etapas as quais nos direciona na assistência para com os pacientes. Logo, tais etapas devem ter seguimentos sequenciais que são: Histórico: Diagnóstico; Planejamento; Implementação e Avaliação. Estes seguimentos facilitam organização, disciplina e uma boa abordagem no cuidado aos pacientes (GARCEZ, 2010).

Ademais, através da SAE tem-se a oportunidade de fomentar uma relação direta com o paciente, passando a conhecer melhor seus antecedentes, costumes e desejos. É uma relação que aproxima o paciente do profissional. Mas deve ser lembrado que nem sempre esse paciente vai estar disposto a colaborar com as informações necessárias. Nesse caso, é necessário que seja criado um vínculo de confiança com o mesmo, para que se consiga um bom resultado na construção do plano de cuidado de enfermagem.

2.3 FUNDAMENTAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO EDUCACIONAL PARA GESTANTES

Através da vivência na emergência na unidade hospitalar foi perceptível a necessidade da elaboração de um plano assistencial para as gestantes em conjunto oriundas do pré-natal na atenção básica. Em consonância, é fundamental uma capacitação dos profissionais da atenção básica com o propósito de promover a qualidade de atendimento às gestantes e integralizar a formação de equipe multiprofissional. Deste modo, a atualização dos profissionais favorece mudanças nos protocolos assistenciais e buscam estratégias salutares para as gestantes.

Com isso, as gestantes passam a conhecer os principais fatores fisiológicos que causam a hipertensão gestacional, bem como os agravos que acometem ao binômio mãe – filho. Portanto, é fundamental que a informação seja passada para a gestante cujo intuito será fomentar uma consciência crítica e reflexiva da gravidade da hipertensão gestacional. Observa-se que muitas gestantes chegam na emergência e não sabem sequer o motivo que estão fazendo o uso das medicações, qual a importância do controle da pressão arterial e não foram orientadas quanto aos sinais e sintomas de alerta.

2.4 PLANO DE AÇÃO PARA PROMOVER A QUALIDADE GESTACIONAL

Durante as atividades realizadas no relato de experiência, pensou-se em uma estratégia de educação e saúde para trabalhar com as gestantes de forma preventiva. Deste modo, traçamos uma proposta para que seja aplicada na atenção primária a saúde, segue abaixo uma proposta educativa para o enfermeiro ter como norte de ação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ NATAL ORIENTAÇÕES GERAIS

- Cada oficina terá a duração de 1h30min e acontecerá na unidade básica de saúde em horário e data prémarcada com os profissionais.
- Haverá orientação teórica e, a seguir, desenvolvimento de práticas interventivas.
- Acontecerão encontros semanais, usando: métodos de ensino, aulas expositivas, demonstrações, discussão reflexiva, leitura e oficinas.
- Os temas a serem abordados no dia serão apresentados escolhidos conforme a necessidade dos usuários da unidade.

PÚBLICO ALVO

Direcionado para as gestantes que fazem pré-natal e profissionais da unidade.

OBJETIVOS

- Treinamento, atualização e aperfeiçoamento dos protocolos para os profissionais;
- Deomonstrar a importância do pré natal às gestantes;
- Importância da educação em saúde;
- Cuidados gerais durante a gestação.

TEMAS

- Oficina 1: Capacitação dos profissionais!
- Oficina 2: Fisiologia do trabalho de parto!
- Oficina 3: Alimentação saudável!
- Oficina 4: Cuidado com o corpo!
- Oficina 5:Atividade física!
- Oficina 6:Cuidado com RN!

METODOLOGIA

As oficinas serão divididas em 6 etapas:

 1^a etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com orientações, atualizações, sugestões e capacitação para os profissionais.

DURAÇÂO: 25min

2ª etapa: Aulas expositivas;

DURAÇÂO: 20min

3ª etapa: Prática interventiva;

DURAÇÂO: 30min

4ª etapa: Avaliação, relatos de experiências, sugestões

DURAÇÂO: 15min

Serão utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação de seus participantes com os temas abordados por meio da ferramenta de educação em saúde.

AULAS EXPOSITIVAS

Entre rodas de conversas as aulas expositivas serão feitas a partir de apresentação em slides, com vídeos educativos e trocas de experiências.

RECURSOS DIDÁTICOS

Vídeos, banner, folder, data show, caderneta do pré-natal, manuais.

Fonte: elaborada pelos autores.

2.5 EXTENSÃO E PESQUISA

A experiência despertou interesse pela área da obstetrícia, especialmente sobre a saúde da mulher, com direcionamento às gestantes de alto risco, devido a necessidade de um olhar holístico, interventivo e participativo atrelado com a educação e saúde. Portanto, levando em consideração que grande parte da população, principalmente as gestantes, não têm oportunidade de participarem de ações educativas, pleiteamos propagar a ofertar o conhecimento através do enfermeiro da atenção primária.

Temos como meta de pesquisa, a aplicação do relato de experiência, visto que adesão do plano de ação, promoverá uma assistência de qualidade as gestantes. Assim, tem-se a perspectiva de implantar como rotina semanais da enfermeira do hospital, a formação de grupos e levar como proposta educativa para o enfermeiro da atenção primária, a qualidade de vida do ciclo gestacional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que no Brasil mesmo com a diminuição dos casos mostrados com estatísticas, as Síndromes Hipertensivas na Gestação ainda ocupam um lugar relevante nas mortes materno-fetal.

Percebemos que, se houvesse um maior investimento por parte dos governantes em infraestrutura, esses pequenos hospitais evitariam tantas transferências e aumento da lotação nos hospitais terciários, além da agilidade no atendimento e certamente a diminuição dos óbitos materno fetais.

Ressaltamos que este relato foi vivenciado em hospital de pequeno porte, mesmo assim recebe pacientes graves, é necessário que estejamos sempre nos aperfeiçoando, buscando novos conhecimentos para que possamos identificar tal gravidade, prestar o atendimento imediato, direcionado para estabilizar a paciente e dar seguimento no tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco. Manual Técnico. 5ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília DF. 2012.
- [2] BRITO, Karen Krystine Gonçalves de et al. Prevalência das síndromes hipertensivas específicas da gestação (SHEG). Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online); 7(3): 2117-2125, jul.-set. 2015.
- [3] FERREIRA, Maria Beatriz Guimarães et al. Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 2, p. 324-334, 2016.
- [4] FREIRE DE AGUIAR, Maria Isis et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, n. 4, 2010.
- [5] GARCEZ, Regina Machado. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- [6] IBGE. Censo Demográfico 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.html>. Acessoem: 15 de agosto de 2018.
- [7] SANTOS, Alessandra Maria. O uso de sulfeto de magnésio na gestação: Revisão integrativa. 2016.

Capítulo 5

Compreensão da classificação de risco pelo protocolo Manchester na perspectiva dos usuários dos serviços de urgência e emergência

Francisca Jéssica Diógenes Façanha José Ricardo Barbosa Ferreira Filho Victor Hugo Santos de Castro, Adriana Paula Feitoza Pinto Raquel Guimarães Tavares Martins Michelline Soeiro de Oliveira Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt Roberta Liviane da Silva Picanço.

Resumo: Este estudo objetivou identificar a compreensão dos usuários dos serviços de urgência e emergência sobre a classificação de risco pelo Protocolo Manchester. Sendo realizada uma pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, composta por quatro artigos indexados na base de dados LILACS e SCIELO no período de agosto a novembro de 2016. Constatou-se que, apesar de maioria dos usuários aprovarem o atendimento pelo protocolo, as dúvidas devido à falta de informações sobre a aplicação do mesmo, geram desconforto entre os pacientes. Os resultados desta revisão corroboram a importância de mais pesquisas sobre este tema e um maior comprometimento dos profissionais em esclarecer melhor aos usuários acerca do Protocolo de Manchester, de forma a promover mudanças neste cenário.

Palavras-chave: Classificação de risco. Protocolo Manchester. Emergência.

1. INTRODUÇÃO

Com o crescente aumento dos casos de urgência e emergência, a superlotação nos prontos socorros foi se agravando cada vez mais, pois o atendimento ocorria por ordem de chegada e isso desfavorecia os pacientes que necessitavam de um cuidado imediato. Os profissionais eram sobrecarregados com uma demanda desorganizada prejudicando suas atividades e tornando o serviço de saúde falho (BOHN MLS, 2013).

De acordo com as mudanças no quadro de morbidade e mortalidade da população no país, no que diz respeito à demanda das emergências, a organização e a humanização desses atendimentos foram e são sem dúvida um grande desafio para o setor público. Entre 1980 a 1990, as doenças infecto parasitárias perderam a "importância" passando a serem substituídas por outras enfermidades não transmissíveis e com causas externas. Esta última decorrente do crescente aumento da violência urbana em todo o Brasil.

Diante dessa situação, para melhorar o atendimento geral no SUS, que se encontravam as urgências do país, o Ministério da Saúde criou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) com o projeto Humaniza SUS, visando melhorias não só no atendimento, mas também uma forma de humanizar as relações entre profissionais e usuários contribuindo para a produção de um serviço de saúde satisfatório para todos (BRASIL, 2013).

Com o intuito de melhorar a organização dos atendimentos das urgências e emergências, foram elaborados sistemas de triagem estruturada, no Brasil em 2003 com a Cartilha de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, que garantem aos pacientes uma classificação no atendimento justa de acordo com a gravidade de cada caso, tornando assim o serviço eficaz (BOHN MLS, 2013).

Hoje existem quatro sistemas de triagem mais utilizados: Australasian Triage Scale (ATS) da Australia, a Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) do Canadá, Emergency Severity Index (ESI) dos Estados Unidos, e o Manchester Triage System (MTS) da Inglaterra.

O Protocolo de Manchester foi escolhido por nosso país, dando início em Minas Gerais no ano 2008. O mesmo foi criado na Inglaterra no ano de 1994 na cidade de Manchester. É utilizado por grande parte das Unidades de Urgência e Emergência. Tem como finalidade selecionar o paciente de acordo com a gravidade de sua clínica, propiciando maior acessibilidade aos serviços de emergência, priorizando os casos mais graves, sendo resolutivo quando se exige (NOVAES GPM, 2016).

Para Coutinho et al. (2012), a classificação de risco pelo Protocolo Manchester se dá através de critérios estabelecidos por um *software*, que no momento da avaliação irá determinar uma cor e o tempo de espera para aquele paciente de acordo com os sinais e sintomas. O sistema é operado pelo enfermeiro capacitado, que terá como durabilidade entre 10 a 15 minutos. Assim, as cores irão determinar o tempo de espera para cada caso de acordo com a sua gravidade, distintas em 05 níveis: Nível 1: Vermelho, emergente, caracteriza atendimento imediato (0 minuto); Nível 2: Laranja, muito urgente (10 minutos); Nível 3: Amarelo, urgente (60 minutos); Nível 4: Verde, pouco urgente (120 minutos) e Nível 5: Azul, não urgente(240 minutos).

Ao realizar a análise do material pesquisado, verificou-se que grande parte dos usuários dos serviços de urgência e emergência possui pouco conhecimento sobre os critérios utilizados para a classificação de risco através do Protocolo de Manchester. Deste modo, tendo em vista a necessidade da organização dos atendimentos nas unidades de pronto atendimento, este estudo objetiva esclarecer sobre a compreensão dos usuários sobre o sistema de triagem pelo Protocolo de Manchester.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que apresenta uma descrição teórica que caracteriza uma coleta de dados que permite aos leitores ter uma percepção crítica e reflexiva. Deste modo, favorece ao pesquisador a compreensão do conhecimento pregresso ao atual sobre o tópico, tornando a pesquisa factivel e importante (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004).

É notório destacar que o estudo abordou uma revisão bibliográfica, onde a coleta dos dados ocorreu nos meses de junho a outubro de 2018, tendo como termos de indexação: "Triagem", "Risco ajustado", "Acolhimento" e "Emergência", todos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde – DESC.

Deste modo, foram utilizados os periódicos publicados entre os anos de 2012 a 2017 inerentes à área da saúde disponíveis no banco de dados virtual do Scientif Eletronic Library On Line – SCIELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de busca e Análise de

Literatura Médica (MEDLINE) e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A despeito, os artigos selecionados corresponderam ao lapso temporal dos últimos seis anos, considerando-se a dinâmica de atualização da saúde quanto a excelência no atendimento do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Para nortear a pesquisa, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados os artigos publicados no período de 2012 a 2017. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, escritos em língua portuguesa, que versavam sobre a opinião dos usuários sobre classificação de risco de Manchester. Os critérios de exclusão foram: todos os demais tipos de publicação (editoriais, reflexões, artigos estrangeiros e artigos não originais).

Por meio desse critério estabelecido, foram identificados, inicialmente 16 artigos publicados e 04 manuais para inclusão nesta revisão. Após análise e avaliações dos artigos, foram extraídos/ descartados 08 artigos e 03 manuais, assim totalizando 08 artigos utilizados e 01 manual do Ministério da Saúde para análise em acordo com os critérios utilizados.

A partir do material coletado, efetuamos leituras e releituras dos artigos encontrados e para dar maior visibilidade aos conteúdos, realizamos um fichamento que segundo Marconi e Lakatos (2004, p. 48) "é fácil de manipulação e permite a ordenação do assunto".

3. RESULTADOS

Dentre o material pesquisado, foram selecionados 08 artigos e 01 Manual do Ministério da Saúde, nota-se que todos eles estão interligados pelo tema de Classificação de Risco.

Assim, cada estudo selecionado correspondeu a uma porcentagem de 11%. Sendo que 55% dos materiais referiu-se a opinião dos usuários sobre a Classificação de Risco. Enquanto que 11% do material, fez-se menção a um artigo de opinião dos enfermeiros sobre a Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester e 33% faz menção as orientações da Classificação de Risco.

Quadro nº 1. Material de estudos elaborado pelos pesquisadores.

Autor	Título	Revista	Ano	Objetivo
Marcia Luciane da Silva Bohn	Classificação de Risco Manchester: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Manual	2013	Analisar a opinião dos enfermeiros sobre o Protocolo de Classificação de Risco Manchester como um instrumento de trabalho.
Ministério da Saúde	Política Nacional de Humanização (PNH)	Manual	2013	Busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar no acolhimento com classificação de risco.
Gaby Pedrosa Machado Novaes	Protocolos De Classificação De Risco Utilizados Nas Unidades De Pronto Atendimento (Upas) 24 Horas: Uma Questão De Humanização.	Caderno Saúde e Desenvolvimento . Volume 9. №5	2016	Realizar uma análise, através de revisões bibliográficas a respeito dos protocolos de Classificação de Risco implantados nas UPAS 24 horas.
Ana Augusta Pires Coutinho; Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; Joaquim Antônio César Mota	Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester	Revista Médica de Minas Gerais. Volume 22. Nº2	2012	Apresentar os principais protocolos de classificação de risco e, de maneira particularizada, a revisão de literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.

(continuação ...)

Quadro $n^{\underline{o}}$ 1. Material de estudos elaborado pelos pesquisadores.

Autor	Título	Revista	Ano	Objetivo
João Lucas Campos de Oliveira; Ana Paula Gatti; Mayckel da Silva Barreto; José Aparecido Bellucci Junior; Herbert Leopoldo de Freitas Góes; Laura Misue Matsuda	Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento	Revista Texto & Contexto Enfermagem. Volume 26. Nº1	2017	Aprender a percepção de usuários de uma unidade emergencial sobre o atendimento embasado no Acolhimento com Classificação de Risco.
Tarcio de Almeida Oliveira; Karina Araújo Pinto	Acolhimento com Classificação de Risco e Acesso em Serviço de Emergência: Avaliação dos Usuários	Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Volume 14. № 2	2015	Descrever a avaliação de usuários quanto O Acolhimento com Classificação de Risco e às condições de acesso ao serviço de emergência de um hospital público na Bahia.
Jefferson Campos; Vaniusa Soares Souza	A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo Protocolo de Manchester	Revista UNIMONTES Científica. Volume 16. № 1	2014	Verificar a percepção dos usuários que procuram atendimento nos serviços de saúde.
Maria Vilani Cavalcante Guedes; Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques; Morgama Mara Nogueira Lima	Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários	Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 66. №1. Pag. 31 a 37	2013	Compreender como os usuários de um serviço de emergência percebiam a atuação da enfermagem na realização do acolhimento.
Carine Lais Nonnenmacher ; Teresinha Heck Weiller; Stefane Griebeler Oliveira	Opinião de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco	Revista Eletrônica de Enfermagem. Volume 14. Nº3. Pag. 541 a 549	2012	Conhecer as opiniões dos usuários de saúde sobre o dispositivo de acolhimento com classificação de risco.

Fonte: elaborada pelos autores.

4. DISCUSSÃO

De acordo com a leitura dos artigos, foi possível determinar e discutir duas categorias temáticas: "Conhecimento dos usuários sobre classificação de risco com o Protocolo Manchester" e a "Opinião dos usuários sobre o atendimento com classificação de risco pelo Protocolo Manchester".

4.1 CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM O PROTOCOLO MANCHESTER

Foi possível evidenciar com base nos artigos analisados que grande parte dos usuários não têm conhecimento de como é realizado o atendimento através da classificação de risco com o Protocolo Manchester. Portanto, os usuários do serviço público de saúde evidenciam que todo paciente deve ser prioridade e não compreendem que o objetivo principal do Protocolo de Manchester é dar prioridade a quem mais precisa, de acordo com a gravidade de cada caso clínico (GUEDES et al., 2013).

Em consonância, a falta de informação ao usuário sobre o protocolo de classificação de risco no momento do acolhimento dificulta sua aceitação das etapas e finalização da classificação, principalmente no que se refere à ordem de chegada para o atendimento. Embora em muitas unidades de pronto atendimento haja cartazes explicando o sistema de cores e o tempo de espera de cada um, os usuários não são esclarecidos

quanto aos critérios de avaliação e de classificação em acordo com os sintomas apresentados no acolhimento.

Os resultados mostram que 73% dos usuários não receberam informações quanto ao tempo de espera. Suplantar essa informação pode levar a uma insatisfação quanto à espera para atendimento conforme os riscos do protocolo de classificação de risco, a exemplo do verde e azul que pode levar mais de 4 horas para o médico atender (OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Foi possível perceber que muitos usuários, por não receberem o devido esclarecimento sobre o atendimento, avaliam mal o serviço de saúde. Desta forma, foi evidenciada o relato através da seguinte afirmativa: *A maioria dos usuários referiu não ter recebido nenhuma orientação na chegada à emergência e queixaram-se da qualidade do serviço* (GUEDES; HENRIQUES e LIMA, 2013).

Desse modo, percebe-se que há uma falha no acolhimento prestado pelo enfermeiro, visto que a função de esclarecer o paciente sobre o processo de atendimento, em especial nas unidades de pronto atendimento, é uma das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para tornar mais humanizado o serviço de urgência e emergência.

Evidenciou-se ainda a necessidade de estudos específicos para avaliar a compreensão dos usuários acerca da classificação de risco, tornando mais fácil a implementação e aceitação do serviço durante o atendimento recebido. Deste modo, a percepção do usuário é que, o acolhimento aplica-se apenas para a seleção dos pacientes mais graves. Nesta perspectiva, o atendimento emergencial, pode ser um dos principais entraves para a implementação e aplicação da tecnologia norteadora para a classificação de risco e consequentemente dificultando sua aceitação pela população. Portanto, tais descrições justificam a realização de estudos que visem a analisar, na visão do usuário, como o acolhimento (GUEDES; HENRIQUES e LIMA, 2013).

4.2 OPINIÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O ATENDIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PELO PROTOCOLO MANCHESTER

Com base nessa categoria foi perceptível que não há um consenso de aprovação entre os usuários atendidos com sistema de classificação de risco pelo Protocolo Manchester. Verificou-se que a maioria dos usuários aprova o uso da Classificação de Risco, vendo como uma saída para reduzir o tempo de espera na unidade hospitalar.

Em contrapartida, usuários classificados como "Pouco Urgentes e ou Não Urgente" acreditam que não houve melhoras, e sim uma piora no atendimento com Classificação de Risco (CAMPOS; SOUZA, 2014).

Percebeu-se que os usuários avaliam a qualidade do atendimento levando em conta somente o tempo de espera, sendo comuns as queixas principalmente nos pacientes classificados como "pouco urgente" e "não urgente". Deste modo, acaba sendo desafiador para os profissionais que atuam na classificação de risco, já que existe uma grande demanda classificada mediante os critérios do protocolo de atendimento.

Nota-se que o usuário ainda tem dificuldade para reconhecer a metodologia como uma ferramenta inovadora para qualificar a assistência recebida, não distingue que o dispositivo de atendimento, através da classificação de risco, como uma estratégia para produzir saúde, reduzir o tempo de espera. Logo, para muitos pacientes é uma etapa desnecessária do atendimento no Sistema Único de Saúde, *portanto* é preciso que se converse cotidianamente sobre o protocolo com os usuários, já que a classificação de risco é norteada por um protocolo pré-estabelecido (NONNENMACHER, WEILLER, OLIVEIRA, 2012).

Os profissionais de todos os espaços de atendimento (do acolhimento, da recepção, das salas de atendimento, da gerência entre outros) devem participar ativamente no esclarecimento acerca do processo de atendimento. Deste modo, prima-se minimizar as críticas causadas pela falta de conhecimento da metodologia do Protocolo por parte dos usuários.

A classificação de risco durante o acolhimento é uma estratégia organizacional que tem o intuito de melhorar os atendimentos nas emergências, priorizando a gravidade das condições clínicas apresentadas pelos usuários que chegam às unidades a procura de um atendimento em estado grave. Este fato é de extrema relevância, pois os demais usuários que estão aguardando pelo atendimento, precisam compreender esse sistema (OLIVEIRA et al., 2017).

Das respostas dos usuários acerca do atendimento nas emergências com pré-avaliação por atendimento com classificação de risco, 82% afirmaram que estavam satisfeitos com essa forma de atender por risco (OLIVEIRA; PINTO, 2015).

Evidenciou que a maioria dos atendimentos é classificada na cor verde, o que, de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco Manchester, não se configura em situação de urgência e emergência. Ainda assim, esses pacientes se mostraram satisfeitos com o protocolo, deixando claro que esta é uma ferramenta importante para organizar os atendimentos em todo o país.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que grande parte dos usuários dos serviços de urgência e emergência possui pouco conhecimento sobre a classificação de risco pelo Protocolo de Manchester, especialmente nas situações em que um usuário recém-chegado recebe atendimento médico primeiro, passando à frente dos que já estavam aguardando.

Diante deste fato, o estudo tem como importância promover a conscientização dos profissionais da saúde sobre o esclarecimento aos usuários diante o referido sistema de triagem, de forma a melhorar a organização dos atendimentos e a satisfação dos pacientes em atendimento.

Ainda são poucos os pesquisadores que exploraram a implantação do Protocolo Manchester, principalmente da perspectiva do usuário. O estudo permitiu delinear um panorama parcial sobre essa temática. No entanto, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas acerca do conhecimento dos usuários a fim de contribuir para a compreensão da população acerca dessa tecnologia, gerando assim uma melhor aceitação e avaliação da qualidade das unidades de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL (Ministério da saúde) Política Nacional de Humanização, Disponível em:http://portalsaude.gov.br/. Acesso em: 28 ago. 2020.
- [2] BOHN, M. L. S. Classificação de risco Manchester: A opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. 2013, fls. 62. Trabalho de Conclusão de Curso, Enfermagem, Universidade Federal, Rio Grande do Sul. 2012.
- [3] CAMPOS, J; SOUZA,V,S. A percepção dos usuários do Serviço de Urgência e Emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester, Rev. Unimontes Científica, v 16, n. 1, 2014.
- [4] GUEDES, M. V. C, HENRIQUES, A.C.P.T. LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. Rev. Bras. Enferm, Brasilia 2013 jan-fev; 66(1): 31-7.
- [5] MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- [6] NONNENMACHER, C. L., WEILLER, T.H., OLIVEIRA, S. G. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco, Revista Eletrônica de Enfermagem, 2012 jul/sep; 14 (3): 541-9.
- [7] OLIVEIRA, T.A.; PINTO, K, A.; Acolhimento com classificação de risco e acesso em serviço de emergência: AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS. Cienc Cuid Saude 2015.
- [8] POLIT, D.; HUNGLER, B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
- [9] Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev. RENE), Norma para Publicação, integra portal eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde.
- [10] SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387.

Capítulo 6

Educação permanente no contextos hospitalar e enfermagem: Uma revisão integrativa

Márcia Alves Ferreira
Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes
Michelly Gomes da Silva
Tamara Braga Sales
Hélio de Almeida Nobre Junior
Regiane Pereira Garcia
João Victor Santos de Castro
Lucélia Rodrigues Afonso

Resumo: A gestão do trabalho pela enfermagem deve ser encarada com a mesma importância que a de usuários dos serviços assistenciais, onde a educação permanente ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, onde para o levantamento desta pesquisa foi utilizada a Biblioteca Virtual da Saúde, sendo selecionados os artigos da base de dados do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e o BDENF (Biblioteca de Dados de Enfermagem), por meio dos seguintes descritores: Gestão na Saúde; Enfermagem; Educação Permanente e Ambiente Hospitalar, no período de 2006 a 2016. Objetivou-se com essa pesquisa, avaliar os estudos disponíveis na literatura sobre educação permanente na gestão do trabalho do enfermeiro em hospital. Os resultados identificaram que a gestão em enfermagem deve ser permeada pelo processo de Educação Permanente em Saúde - EPS, pois ele atualiza, qualifica, capacita e recicla saberes e práticas do profissional de enfermagem, causando impacto na qualidade dos serviços prestados aos usuários, sujeitos desse cuidado e no ambiente de trabalho dos profissionais. Além disso, traz benefícios para o desenvolvimento no enfermeiro do pensamento crítico e reflexivo, tomando decisões baseadas em conhecimentos científicos e troca de experiências, melhorando o atendimento individual, em grupo e na família. Portanto, como estratégias de mudança, as pesquisas referem à necessidade de criação de núcleos de pesquisa e estudos, capacitações, reuniões, cursos de pós-graduação, atividades lúdicas, dinâmicas, atualizações, palestras, política pessoal e planejamento.

Palavras-Chave: Gestão na Saúde. Enfermagem. Educação Permanente. Ambiente Hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

O modelo de gestão atual encontra-se numa fase de transformação, de mudanças, de conscientização e, principalmente, de um processo de educação em saúde para a população e para os profissionais, que compõem o cenário atual, tais mudanças são advindas de experiências direcionadas a ampliar e democratizar instituições de saúde, que por sua vez impulsionaram para a implantação do SUS no Brasil, como a descentralização do poder, a instalação de Conselhos e conferências de Saúde, com o intuito de alterar o funcionamento democrático do Estado.

Nos Sistemas de Saúde, a profissão de enfermagem vem se destacando e adquirindo relevância em suas ações, sendo valorizada pelo seu desempenho profissional e sua contribuição na implantação e na manutenção da política de saúde e, consequentemente, em gestão de sistema de saúde, pois a saúde dos trabalhadores e as condições de trabalho na vida dos trabalhadores trazem significativos impactos ou repercussões nos aspectos político, econômico e social da população. Essas repercussões podem até mesmo traduzir o grau de desenvolvimento de uma nação (SANTOS; NOVAS; PAIZANTE, 2008).

A enfermagem, historicamente, sempre se apresentou como a arte do cuidar, visão que, ao longo dos anos, foi se ampliando, até chegar aos dias atuais englobando, a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. Está presente em campos que ultrapassam as barreiras do hospital, integrando equipes de saúde em unidades básicas de atendimentos, nas comunidades, nas escolas e nas empresas (LUONGO; FREITAS, 2012).

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente ancora-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. É realizada no cotidiano de trabalho, com base nos problemas enfrentados neste ambiente, e leva em consideração experiências e conhecimentos prévios dos profissionais. Propõe que a aprendizagem dos profissionais de saúde ocorra fundamentada na problematização do processo de trabalho e que a formação considere as necessidades de saúde das pessoas e populações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

Sendo assim, a gestão do trabalho pela enfermagem deve ser encarada com a mesma importância que a de usuários dos serviços assistenciais, visto que esses trabalhadores exercem um papel fundamental nas condições de vida e saúde dos indivíduos, em seus grupos familiares e em grandes núcleos populacionais. Da mesma forma, deve-se levar em conta que a qualidade na atenção em saúde depende também da organização do trabalho, no que tange às condições em que esse trabalho se realiza, evitando-se que os trabalhadores sofram desgastes, doenças ou os acidentes de trabalho (SANTOS; NOVAS; PAIZANTE, 2008).

Na perspectiva de gestão do SUS, o enfermeiro deve ter uma formação em alguns cursos de graduação que proporcione mudanças em meio a um processo de transformação da formação e do próprio sistema de saúde. Exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, do desencadeamento de processos sociais através de pactos, dos projetos coletivos, dos planos diretores, integrando ações de coletividade, dos serviços de assistências, do meio ambiente, das representações sociais e da avaliação dos resultados, ou seja, processos concretos de práticas de saúde (MELO; SANTOS, 2007).

A primeira aproximação com a temática aconteceu durante a atuação profissional em um hospital universitário de nível terciário na cidade de Fortaleza-CE, que por um determinado tempo foi possível exercer a gestão em um ambiente hospitalar, no qual a Educação Permanente em Saúde se faz presente e atuante, baseado na realidade da unidade, na necessidade do trabalhador e no perfil do cliente, no qual a relação gestor/trabalhador tem se fortalecido a partir de uma busca compartilhada de melhorias. Sendo assim, despertou a percepção sobre a importância da gestão dos serviços de saúde, em especial nos hospitais para o planejamento das medidas preventivas aos riscos ocupacionais e doenças ocupacionais, visando a promoção da saúde dos trabalhadores e a educação permanente.

Desta maneira, o enfermeiro em busca de aprimorar a prática do cuidar com qualidade, tem se ocupado da implantação e implementação da Gestão da Qualidade no gerenciamento do cuidado prestado nas instituições hospitalares, em especial em clínica cirúrgica uma vez que pelo desenvolvimento do seu processo de trabalho, tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, e com base em tais informações, planejar a assistência que será prestada pela equipe a fim de atender as expectativas dos clientes (BARBOSA; TREVIZAN, 2009).

Desta forma, percebe-se que o saber da enfermagem no campo da gestão em saúde merece uma investigação condizente com o agir dos enfermeiros. Entretanto, precisa-se de uma investigação acurada sobre a interpretação que os enfermeiros dão à gestão da assistência de enfermagem na clínica cirúrgica, uma vez que o ambiente de trabalho pode tornar-se um gerador de doenças ou de riscos. Portanto, o desenvolvimento deste estudo possibilitará uma aproximação com a realidade prática, por meio de uma investigação de pesquisas que tenham como foco a temática em questão. Além disso, espera-se que esse estudo possa gerar conhecimentos no que tange aos benefícios da EPS, principalmente na área da enfermagem, por meio do conhecimento científico acerca da temática, visando a qualificação da assistência de enfermagem quanto ao desenvolvimento da EPS na atenção hospitalar.

Objetivou-se avaliar os estudos disponíveis na literatura sobre educação permanente na gestão do trabalho do enfermeiro em hospital.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE E A GESTÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na década de 1990 ampliou os conceitos sobre educação permanente, demostrando uma visão teórica e metodológica, almejando a constituição de programas de educação permanente em saúde. Com isso, em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil tomou a educação permanente como ideia central da política de gestão da educação no trabalho em saúde, e passou a desenvolver ações indutoras significativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, ROSÁRIO, 2012).

De acordo com a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu, como estratégia do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Segundo esta Política, a educação permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde; a educação permanente em saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).

A proposta de educação permanente em saúde na perspectiva de transformação ocorre por meio da articulação entre a teoria e a prática realizada pelos sujeitos-trabalhadores, mediada por políticas institucionais que amparem estas ações. As possibilidades de mudanças através das ações de educação permanente em saúde podem constituir-se em formas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar-se atividades educativas inseridas nos contextos histórico, social, econômico, político e ético (MOTTA; BUSS; NUNES, 2012).

Nos últimos anos, foi possível perceber um potencial para a enfermagem no sentido de implantação, manutenção e desenvolvimento das políticas de saúde, pois ela demonstra ser um importante eixo para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo a assistência de qualidade (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

Outro ponto que influencia a gestão em enfermagem é seu cunho religioso, pois na essência da profissão, a profissão sofre influências da igreja devido à conotação de um trabalho espiritualizado, impossibilitando às pessoas que se dedicavam ao trabalho de enfermagem reivindicar ou terem direitos. Na fase vocacional, surge a institucionalização da profissão, valorizando o trabalho e a disciplina na conduta dos profissionais. A fase funcional tem como objetivo formar um profissional dócil, obediente e controlável, caracterizando-se pelo desempenho de procedimentos e tarefas. Na fase de organização dos princípios científicos é marcante a preocupação em identificar e utilizar os princípios científicos na prática de enfermagem. Com o objetivo de construir um corpo de conhecimentos que confira à Enfermagem o "status de ciências" surge a fase de construção das teorias de enfermagem (PERSEGONA et al., 2009).

Neste sentido, torna-se imprescindível a revalorização do trabalho como sítio privilegiado de aprendizagem, viabilizando desenvolvimento de estratégias educativas nas quais, a reflexão crítica e a atitude problematizadora sejam valorizadas. A prática educativa referida como a mais apropriada ao agir na saúde coletiva consiste na pedagogia da problematização por promover a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a transformação da realidade e de si mesmo. Esta prática possibilita a efetivação do direito da clientela às informações, de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador

de saúde, fazendo com que este exerça um trabalho criativo (MELO; SANTOS, 2007).

Além disso, o cuidado qualificado ou a excelência do cuidado no setor saúde tem relação direta com a segurança do paciente e representa um desafio na prática profissional, cabendo ao enfermeiro articular, integrar e coordenar a equipe buscando uma organização do trabalho que favoreça a qualidade do cuidado e minimize riscos ao paciente. Assim, a gestão do cuidado de enfermagem carece de novas abordagens relacionadas ao avanço em direção a novos espaços de atuação profissional, de forma a transcender as práticas assistenciais, o cuidado pontual e unidimensional, e implementar modelos horizontais de tomada de decisão e novas abordagens de intervenção em saúde (CUNHA; XIMENES NETO, 2006).

Neste sentido, à educação permanente deve assinalar novos formatos, conteúdos e sentidos das práticas de educação no trabalho direcionados à concepção da educação permanente. No entanto, a falta de estruturação dos serviços de educação permanente em instituições hospitalares reafirma a necessidade de uma equipe responsável por essa atividade de modo a organizar e fortalecer a qualidade da assistência aos usuários, pois em seu processo de trabalho em uma instituição hospitalar de alta complexidade, o enfermeiro se depara diariamente com necessidades de atualização/aperfeiçoamento reveladas ou percebidas na equipe, as quais exigem posição e atitude no sentido de promover e garantir uma equipe preparada para prestar cuidado seguro ao paciente (KOERICH; ERDMANN, 2016).

Os autores acima reforçam ainda que o gerenciamento das práticas de educação no trabalho para equipe de enfermagem na instituição está sendo assumida por enfermeiros, considerando que a gestão do cuidado inclui, entre outras atribuições, o supervisionar, o orientar e o educar. No entanto, apesar das iniciativas dos profissionais serem de grande importância para as práticas de educação no trabalho, o apoio institucional se torna essencial.

Apesar dos enfermeiros gestores compreenderem a necessidade de novos modelos de educação no trabalho que se aproximem da lógica da educação permanente e da iniciativa de alguns profissionais para efetivação dessas práticas, a maioria dos enfermeiros demonstra dificuldade em assumir a gestão das práticas de educação permanente por fragilidades de competência gerencial. Tal situação evidencia a necessidade de maior ênfase na formação gerencial do enfermeiro, a fim de que ultrapasse a dimensão tecnicista e adquira competência para desempenhar o seu papel de gestor do cuidado e da educação da equipe de enfermagem, assim contribuindo para as mudanças necessárias nos serviços de saúde (JESUS et al., 2011). Portanto, com os avanços das práticas de enfermagem e as exigências do mercado de trabalho para o oferecimento de um serviço de qualidade a gestão do trabalho em saúde, por meio da educação permanente refletirá em práticas seguras e eficientes aos pacientes.

2.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E DA ENFERMAGEM EM CLÍNICA CIRÚRGICA

O desenvolvimento de uma gestão de qualidade na assistência de enfermagem tem sido um desafio para as equipes, uma vez que há vários aspectos a serem observados de maneira cuidadosa. As peculiaridades que envolvem essa assistência ao paciente cirúrgico requerem profissionais que estejam preparados para atender as mais diversas situações presentes no período perioperatório (BONATO, 2014).

Outro fator relevante refere-se à integração ao ambiente onde se trabalha para o desenvolvimento do trabalho assistencial, assim como as relações no ambiente de trabalho. Dessa forma, as relações interpessoais são fortemente vistas como um potencializador na busca por resultados, pois a assistência na enfermagem com qualidade pode ser mais facilmente alcançada se houver união entre as equipes que compõem os serviços de saúde.

O enfermeiro, como gerenciador do cuidado, é responsável por prover uma escala mínima de trabalhadores para atender a demanda e a complexidade de trabalho. Mas, por vezes, isso não é possível devido à escassez de profissionais na instituição, o que acaba refletindo na qualidade da assistência prestada. Instituições de saúde mantêm, por questões financeiras, número reduzido de enfermeiros, comprometendo a manutenção de assistência com qualidade e a supervisão do serviço. Essa situação coloca em risco a segurança do paciente, uma vez que atividades exclusivas do enfermeiro são delegadas aos profissionais de nível técnico, com implicações ético-legais para o enfermeiro e para a instituição (KOERICH; ERDMANN, 2016).

O número insuficiente de profissionais de enfermagem pode contribuir para elevar o índice de absenteísmo, como consequência da sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores. Ainda, apesar das adversidades vivenciadas pelos entrevistados, os mesmos revelaram que a participação dos gestores deve apresentar uma relação estreita com seus gerenciados, para a obtenção de êxito na busca pela qualidade.

Assim, as dificuldades no desenvolvimento da gestão de qualidade em unidade de clínica cirúrgica devem ser observadas e corrigidas em curto espaço de tempo, a fim de não prejudicar a qualidade da assistência (BONATO, 2014).

Portanto, o processo de trabalho em enfermagem deve ser diversificado, heterogêneo, por meio do exercício de várias funções ao mesmo tempo, sem contar com as intercorrências, tidas como alterações no estado clínico do paciente. A diversidade de atividades desenvolvidas pelas trabalhadoras de enfermagem, além das rotinas preconizadas pelo serviço, demanda exigências físicas e mentais que contribuem para o cumprimento de tarefas, embora haja neste serviço a divisão do trabalho por paciente com vistas ao cuidado integral.

3. METODOLOGIA

Esse estudo foi construído sob uma revisão integrativa de literatura que é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Esse método permite a inclusão simultânea de pesquisa quase-experimental e experimental, combinando dados de literatura teórica e empírica, proporcionando compreensão mais completa do tema de interesse. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades desse método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem (MENDES; SILVA; GALVÃO, 2008).

Levando em consideração as atribuições de uma pesquisa de revisão integrativa para fornecer um conhecimento ampliado sobre algum fenômeno, a escolha deste tipo de metodologia pode contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à educação permanente na gestão do trabalho do enfermeiro na clínica cirúrgica, tendo em vista ser uma temática fundamental para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVA; GALVÃO, 2008).

Em seguida, foram apontados os questionamentos para a construção desta investigação por meio da busca eletrônica de artigos científicos, os quais serão apresentados em forma de categorias. Levando em consideração a educação permanente na gestão do trabalho do enfermeiro na clínica cirúrgica, percebe-se que o saber da enfermagem no campo da gestão em saúde merece uma investigação condizente com o agir dos enfermeiros no intuito de se conhecer os estudos disponíveis na literatura sobre este fenômeno.

Para o levantamento desta pesquisa foi utilizada a Biblioteca Virtual da Saúde, sendo selecionados os artigos da base de dados do Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e o BDENF (Biblioteca de Dados de Enfermagem), por meio dos seguintes descritores: Gestão na Saúde; Enfermagem; Educação Permanente e Ambiente Hospitalar.

Os trabalhos foram selecionados em função dos critérios estabelecidos abaixo: possuir resumo na base de dados escolhidas; ter sido publicado no período de 2006 a 2016; estar disponível na íntegra, na língua portuguesa e tratar do tema em estudo. Desse modo, serão excluídos os trabalhos que não se mostrarem relevantes ao tema e aqueles que não contemplarem os critérios de seleção.

É importante mencionar também que os artigos foram coletados por meio de um instrumento (APÊNDICE A) adaptado de Luna (2013) e que contém os seguintes itens: título do artigo, autores, nome do periódico, ano de publicação e país, delineamento do estudo e desfechos.

Após seleção dos artigos que foram compor os resultados e discussão desta pesquisa, foi realizada uma leitura de seus achados principais e conclusões para agrupar essas evidências em categorias de acordo

com a similaridade de informações encontradas.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que foram utilizados artigos nacionais, cujos autores foram citados em todos os momentos que foram mencionados garantindo os direitos autorais como prevê a lei brasileira nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Outro ponto importante na revisão integrativa é a análise dos dados. Para Whitemore e Knafl (2005), esse é um grande desafio para o pesquisador, pois a análise e a síntese de várias fontes são procedimentos complexos e diversos quanto ao tipo de abordagem metodológica qualitativa ou quantitativa.

Na revisão integrativa de abordagem qualitativa, observa-se a diversidade de metodologias que possibilitam sintetizar os resultados das evidências científicas. A despeito de cada metodologia ter suas peculiaridades, elas também podem ser complementares, com características que se justapõem. Na revisão integrativa de abordagem quantitativa, a síntese das evidências científicas pode ser descritiva ou por meta-análise (MENDES; SILVA; GALVÃO, 2008).

Esta pesquisa trouxe uma abordagem de revisão integrativa, levando em consideração os objetivos propostos e os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas pesquisas com resumos nas bases de dados escolhidas; publicadas no período de 2006 a 2016; disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e retratavam o tema em estudo. Desse modo, foram excluídos os trabalhos que não se mostraram relevantes ao tema e aqueles que não contemplaram os critérios de seleção.

Observando os critérios de inclusão e exclusão das pesquisas, inicialmente foi usada a combinação: "Gestão na Saúde and Enfermagem and Educação Permanente", que possibilitou a identificação de 20 artigos no (SCIELO), dos quais apenas dois respondiam aos objetivos propostos e 20 artigos no BDENF, onde oito foram usados no estudo". A segunda combinação: "Enfermagem and Educação Permanente and Ambiente Hospitalar" possibilitou a identificação de nove pesquisas (BDENF), das quais apenas quatro respondiam aos objetivos propostos. Já na base de dados do Scielo, foram encontrados nove artigos, dos quais apenas dois foram selecionados para compor o estudo. Desta forma, foram analisadas 15 pesquisas.

Inicialmente, foi construída uma tabela para demonstrar a autoria, ano e o periódico de publicação de cada pesquisa selecionada. Posteriormente, os textos obtidos foram lidos integralmente, buscando-se descrever, interpretar e fazer análise crítica dos conteúdos de interesse. As ideias centrais dos artigos foram ordenadas, analisadas e problematizadas a luz da literatura sobre o tema e organizadas em categorias temáticas intituladas de: Benefícios da Educação Permanente e a Gestão em saúde na Enfermagem e Dificuldades e Estratégias na Aplicação Educação Permanentes em Meio Hospitalar.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS

A tabela 1 apresenta a distribuição da autoria, ano de publicação, periódico e base de dados dos 15 artigos selecionados para compor este estudo.

Tabela 1: Caracterização dos artigos analisados quanto à autoria, ano de publicação, periódico e base de dados. Fortaleza-CE. 2017.

N	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	BASE DE DADOS
1	AMESTOY et al. (2010)	Rev. Gaúcha de Enfermagem	BDENF
2	CARNEIRO et al. (2006)	Rev. para med.	Scielo
3	CICONET; MARQUES; LIMA (2008).	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
4	GUIMARÃES; MARTIN; RABELO (2010)	Cienc. Enferm. XVI Concepcion	Scielo
5	JACONDINO et al. (2010	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
6	JESES et al. (2011)	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
7	MENDONÇA; NUNES (2011)	Interface Comunicação	Scielo
8	MONTANHA; PEDUZZI (2010)	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
9	OLIVEIRA et al. (2011)	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
10	PASCHOAL; MONTOVANI; LACERDA (2007)	Rev. Gaúcha enfermagem	BDENF
11	PERES; CIAMPONE (2006)	Texto e Contexto Enfermagem	BDENF
12	RICALDONI; SENA (2006)	Rev. Latino-Am. Enferm.	BDENF
13	SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE (2008)	Rev. Esc. Enferm.	BDENF
14	SILVA; PEDUZZI (2009)	Rev. Eletr. Enferm.	BDENF
15	SOUZA et al. (2010)	Rev. Rene	BDENF

Fonte: elaborada pelos autores.

Por meio da seleção dos artigos que serão utilizados na análise, foi possível identificar que a maioria deles foram publicados no ano de 2010, com cinco artigos. Em relação ao periódico, a Revista Escola de Enfermagem obteve o maior destaque com seis artigos, a base de dados com o maior número de publicações foi a BDENF.

4.2 BENEFÍCIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E A GESTÃO EM SAÚDE NA ENFERMAGEM

Em uma pesquisa realizada em um Hospital público de São Paulo consideram a Educação Permanente em Saúde (EPS) como busca pessoal, dependente de metas e constantes aprimoramentos, no contexto pessoal, profissional ou social. Trata-se de crescimento individual, que gera mudanças nas práticas, por meio de interações com o meio, promovendo transformação e aquisição de novos saberes. Apesar das diferenças conceituais entre educação em serviço, educação continuada (EC) e EPS, todas dizem respeito à continuidade do processo educativo, as quais auxiliam o enfermeiro no processo de gestão do trabalho em saúde (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Guimarães, Martin, Rabelo (2010) argumentam em seus resultados que o crescente desenvolvimento tecnológico e as transformações no perfil de saúde da população têm provocado nos profissionais da saúde uma maior reflexão sobre as demandas do mundo moderno. Entretanto, ainda se percebe que a inadequação dos profissionais para atender a essas necessidades tem sido pauta de discussão nas políticas públicas de saúde e de formação. Tudo isso vem transformando continuamente o cenário de atuação da enfermagem e exigindo tanto das instituições quanto dos profissionais uma maior compreensão do contexto atual, bem como de suas funções, no sentido de buscar novas estratégias de atenção e de educação que venham ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Assim, a instituição de práticas de EPS no campo da saúde exige maior atenção dos profissionais uma vez que há necessidade de prepará-los para as mudanças no mundo e no contexto do trabalho. Isto porque a EPS procura conciliar a necessidade de desenvolvimento pessoal e grupal com as das instituições prestadoras de serviços, bem como com as da sociedade (PASCHOAL, MONTOVANI, LACERDA, 2006).

As autoras supracitadas, ao identificarem as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no desempenho de suas funções, observam a necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso com o crescimento pessoal e profissional, visando melhorar a qualidade da prática profissional. Isso em virtude do atual mercado de trabalho, caracterizado por uma acentuada competitividade que exige profissionais atuantes e capacitados, o que requer uma formação pautada não somente na habilidade técnica, mas que contemple: capacidade de aprender a aprender continuamente levando em conta as relações de trabalho; adaptação e flexibilidade às novas exigências; maior reflexão acerca das relações sociais com vistas à melhoria da qualidade nos servicos prestados.

Desta maneira, para a gestão dos serviços de saúde hospitalares requer a necessidade de reorientar o processo formativo da enfermagem, uma vez que esse precisa levar em conta as transformações no mundo do trabalho, bem como a crescente demanda por uma melhor qualidade no cuidado à saúde. Também, existe a crítica ao modelo de ensino sustentado na pedagogia de transmissão de conteúdos.

Contudo, essa reorientação pode ser responsável por gerar conflitos e resistências, tanto no corpo docente, por ter que incorporar uma nova metodologia, quanto no corpo discente pela dificuldade de se tornar o responsável pela sua autoaprendizagem. Além de contar, diversas vezes, com a inflexibilidade das instituições em se adaptar com o novo (GUIMARÃES, MARTIN, RABELO, 2010).

Em outro estudo foi possível perceber que a equipe de enfermagem acredita que a EPS pode ampliar a capacidade reflexiva e de tomada de decisões do profissional, promove maior articulação entre a teoria e a prática, aproximação entre profissional e usuário, além de uniformizar práticas e condutas e distinguir funções entre pessoal de nível técnico e superior (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Em outro estudo, teve como objetivo investigar as demandas dos usuários do serviço de ouvidoria relacionadas à assistência de enfermagem e discutir sua contribuição para a educação em saúde. Foi desenvolvido em um hospital público federal, referência em alta complexidade em ortopedia. Os autores consideram que a EPS pode levar à melhoria da assistência, promovendo o cuidado ao cliente e melhores condições de saúde. Pode-se perceber que essa proposta do processo educativo e formativo na enfermagem trabalha com o objetivo de satisfazer a clientela. A contribuição do enfermeiro responsável pela EPS reside no envolvimento com a administração da assistência, percebendo as necessidades dos profissionais da equipe (SOUZA et al., 2010).

Desse modo, Ricardo e Sena (206) afirmam em sua pesquisa que a implementação da EPS nos serviços hospitalares pode contar com um aliado estratégico, o profissional enfermeiro, no que se pode observar como sendo o principal articulador e desencadeador de ações educativas nos serviços de enfermagem, por desenvolver, na sua formação, competências inerentes à função de educador. Ainda, pressupõe que precisa estar em constante busca de mecanismos e estratégias que possam nortear e subsidiar as suas práticas, para melhorar o atendimento aos usuários, bem como, o processo de trabalho da enfermagem nos serviços.

Silva e Peduzzi (2009) realizaram sua pesquisa em 18 serviços de saúde, tendo como objetivo caracterizar os trabalhadores de enfermagem e suas atividades nesse âmbito. Destacaram, como eventos educativos, os de promoção da saúde e prevenção de doenças, congressos e similares, tendo como principal público alvo os enfermeiros. Também foram citadas como atividades educativas as reuniões de equipe, o que reforça a concepção da EPS como processo de problematização das vivências e momento de diálogo e reflexão.

4.3 DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA APLICAÇÃO EDUCAÇÃO PERMANENTES EM MEIO HOSPITALAR

Carneiro et al. (2006) identificaram algumas dificuldades para a efetiva aplicabilidade da EPS nos espaços institucionais e no trabalho cotidiano. Para a EPS tornar-se, realmente, algo que faça parte do dia a dia do profissional, considera-se a necessidade de reformulação das metodologias empregadas e uma análise mais crítica das necessidades dos serviços e do público alvo. Neste sentido, é necessário a criação de núcleos de pesquisa e estudos, capacitações, reuniões, cursos de pós-graduação, atividades lúdicas, dinâmicas, atualizações, palestras, política pessoal e planejamento, nos mais diversos assuntos que surgem dos próprios serviços, e sempre direcionadas para usuários e profissionais da equipe de saúde.

No que se refere às dificuldades para o desenvolvimento da EPS na enfermagem, um dos temas que emergiu na pesquisa de Horta et al. (2009) foi a grande demanda na assistência a qual também foi identificada na análise dos documentos e observações das reuniões do Núcleo de Pesquisa e Estudos – NEPE.

Segundo Silva et al. (2011), no exercício da profissão, o enfermeiro apresenta muitos enfrentamentos os quais o afastam de sua função na perspectiva da instituição das Políticas de Saúde. Favorecem para este afastamento o modelo que a instituição quer que ele assuma, muitas vezes, puramente assistencial ou burocrático, que o distancia do cuidado e do ensino, do cuidado ao paciente, familiares e equipe. Corroborando com o exposto, Silva e Peduzzi (2009) também justificam esse afastamento pela sobrecarga de trabalho e o escasso número de recursos humanos que compõe a equipe de enfermagem, principalmente quando esse profissional exerce suas atividades em uma instituição pública de saúde, acarretando na baixa disponibilidade em desenvolver ações de EPS.

Alguns artigos também evidenciam as dificuldades de adesão dos profissionais às ações de EPS, pelo pouco planejamento e pelo uso de metodologias baseadas no esquema tradicional, ancorado na transmissão de informações e não na troca. Ressalta-se que, nesses, todas as ações citadas são promovidas pelas instituições. Os diferentes autores atribuem esse fato a uma preocupação dessas quanto ao aprimoramento de suas equipes, tendo em vista o desejo de melhoria da qualidade da assistência, já que, dessa forma, as ações não se pautam nos nós críticos do cotidiano do processo laboral (PASCHOAL, MANTOVANI, LACERDA, 2006; SILVA; PEDUZZI, 2009; SOUZA et al., 2010).

É importante salientar que o efetivo desempenho desse profissional, no que tange à EPS, requer o desenvolvimento de competências, de modo que lhe permita gerenciar problemas e conflitos inerentes ao campo de atuação. Essas competências precisam estar de acordo com as reais necessidades de saúde dos serviços para que possam resultar em atitudes que gerem mudanças na qualidade, principalmente, do processo de trabalho da enfermagem (PERES, CIAMPONE, 2006).

Assim, o desenvolvimento de EPS como competência a ser adquirida pelos profissionais da saúde pode acontecer sob a forma de atualização contínua, sendo que esta se propõe a buscar inovações e atender às necessidades de capacitações do trabalho, uma vez que é necessário a parceria e o apoio institucional, no sentido de facilitar ou participar do planejamento e desenvolvimento de ações de EPS. No entanto, os cursos de graduação na área da saúde, não propiciam aos futuros profissionais uma formação capaz para exercerem função educativa, pois utilizam uma prática técnico científica que não condiz com as propostas das atuais políticas públicas de saúde e de ensino (PERES, CIAMPONE, 2006).

Entende-se que o desafio está em identificar qual a essência da profissão, a qual está atrelada a uma

complexidade de saberes e competências que necessita para subsidiar a construção de novas práticas (PASCHOAL, MONTOVANI, LACERDA, 2006).

Outra estratégia considerada eficaz para a EPS é o sistema de recompensa, como por exemplo, o apoio salarial. Esse é oferecido de forma que encoraje os profissionais à motivação no seu desenvolvimento profissional. A ideia desse sistema de incentivo econômico implica em induzir o alto nível de desempenho individual, grupal ou organizacional. Dessa forma, tal incentivo pode ter originado nos profissionais um despertar para a EPS em que estes, por meio de seus comportamentos, estão se permitindo revisitar o seu fazer, numa perspectiva de reconhecimento do seu processo de trabalho e da necessidade de qualificação para uma possível intervenção na realidade a qual atuam. A EPS tem o desafio de estimular o desenvolvimento da consciência nos profissionais sobre o seu contexto, pois estes têm a responsabilidade permanente com sua qualificação e capacitação (OLIVEIRA et. al., 2011).

É sabido que o processo é lento e gradual, pois a ruptura com o que está posto necessita de investimento permanente, seja a nível local, como é o caso dos serviços de saúde ou em nível de políticas públicas. E também, requer da facilitadora, persistência para conduzir esse processo. Autores acreditam que o estímulo para isso, habita no interior de cada profissional que tenha desejo de mudança (SILVA, CONCEIÇÃO, LEITE, 2008).

Nesse sentido, ter atitude de avançar, significa que em algum momento, retroceder é necessário. Nesse ínterim, é importante que os facilitadores desse processo reconheçam que o movimento de ir e vir compõe o cenário das transformações. Esses movimentos, de certo modo, são produzidos pelas incertezas do novo e isso pode, por um lado, provocar nos facilitadores desmotivação e por outro, pode gerar aprendizado em razão dessa condição vivenciada o que demanda uma constante retroalimentação.

Desta maneira, algumas pesquisas concordam que fazer parte desse cenário de transformações, pensar o diferente, experimentar o estranhamento, compor novos fazeres, requer dessas enfermeiras, energia para prosseguir propondo novos modos de fazer. Desse modo, pode-se dizer que as reuniões do NEPE propiciam às facilitadoras se retroalimentem e se energizem diante dos entraves do cotidiano e com isso, transformem os nós críticos em um contínuo aprendizado para prosseguir nessa caminhada. Assim como alguns elementos potenciais que contribuem para que a EPS se insira no cotidiano das pessoas, as dificuldades também aparecem como as vilãs que limitam a realização de ações de EPS (JESUS et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011; SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

A produção de inovação torna-se um desafio para os profissionais no enfrentamento das incertezas e insegurança que essa provoca. A superação desses sentimentos é imprescindível, principalmente, se nos referirmos aos enfermeiros facilitadores do NEPE. Esses se constituem como agente potencial de mudanças, além de ser uma referência junto à equipe de enfermagem, estimulando a integração e o desenvolvimento do pessoal para que atuem, em conformidade com as políticas vigentes que sustentam o SUS, as quais são cada vez mais emergentes a concretização da EPS pode acontecer quando o enfermeiro assistencial tem a participação efetiva da chefia do setor, a qual, no uso de suas competências gerenciais no que tange à sua visão ampliada do serviço, promove ações para minimizar os entraves do dia a dia do trabalho. Esses podem interferir no processo educativo dos profissionais que estão sob sua liderança (MENDONÇA, NUNES, 2011).

Na perspectiva da EPS, este cenário complexo que envolve as ações da enfermagem se mobiliza por meio do desempenho do enfermeiro como líder de sua equipe. Esse é responsável por propiciar maneiras apropriadas para que os sujeitos que fazem parte do sistema, profissionais, usuários, familiares possam exercitar sua autonomia, de forma partilhada, para aprender, por meio da aprendizagem significativa em seu cotidiano, como um processo mútuo e permanente de ensinar e aprender considerando a dinâmica do serviço (AMESTOY et al., 2010).

Nessa perspectiva, é imprescindível que esses enfermeiros articulem modos de propiciar a inclusão do processo educativo no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Nesse caso, alguns estudos trazem como estratégia de ensino a que estimula a participação dos profissionais como discussão em grupo, oficinas de trabalho, aula expositiva com discussão e aulas práticas como possibilidades para desenvolver EPS promovendo o encontro entre os profissionais.

5. CONCLUSÃO

Por meio do levantamento da literatura científica neste estudo, foi possível alcançar os objetivos propostos e identificar que a gestão em enfermagem deve ser permeada pelo processo de EPS, pois ele

atualiza, qualifica, capacita e recicla saberes e práticas do profissional de enfermagem, causando impacto na qualidade dos serviços prestados aos usuários, sujeitos desse cuidado e no ambiente de trabalho dos profissionais.

Os Artigos científicos avaliados também apontaram como benéficos da EPS em meio hospitalar, o desenvolvimento do enfermeiro para o pensamento crítico e reflexivo, tomando decisões baseadas em conhecimentos científicos e troca de experiências, melhorando o atendimento individual, em grupo e na família. Considera-se que tal inserção contribui para a sua projeção profissional frente às transformações decorrentes do modelo de atenção à saúde que vem se consolidando no país.

Além disso, os mesmos artigos analisados também referem que com o estreitamento das relações entre instituições formadoras e serviços de saúde, intensificado pelos processos de EPS é possível operar na expressiva aprendizagem em saúde, com base na corresponsabilização dos sujeitos nesse processo. Além de estimular a criatividade e outras potencialidades intelectuais da enfermagem, as diferentes propostas metodológicas contribuem para a reorientação do processo de trabalho, na direção de um sistema de saúde mais resolutivo e de maior qualidade.

Foi possível identificar algumas dificuldades neste processo, tais como: os processos de EPS precisam ser convergentes para a realidade dos serviços, acontecendo de forma horizontal e interdisciplinar, as instituições hospitalares precisam de recursos para instituir no seu cotidiano, falta de comprometimento gestor, função orientada por rotinas sistematizadas com a preocupação de atender as demandas dos usuários e suas necessidades imediatas, fazendo com que direcione suas práticas para a assistência, acarretando uma baixa capacidade para operar o novo e sobrecarga de trabalho estar voltada para o plano terapêutico.

Portanto, como estratégias de mudança, as pesquisas referem à necessidade de criação de núcleos de pesquisa e estudos, capacitações, reuniões, cursos de pós-graduação, atividades lúdicas, dinâmicas, atualizações, palestras, política pessoal e planejamento, nos mais diversos assuntos que surgem dos próprios serviços, e sempre direcionadas para usuários e profissionais da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] AARESTRUP, C.; TAVARES, C. Mª. M. Revista Eletrônica de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 228-34, set. 2008. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm.
- [2] ALBANO, T. C.; FREITAS, J. B. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. Rev. bras. enferm., Brasília, v.66, n.3, mai-jun. 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a11v66n3.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- [3] AMESTOY, S. C. et al., Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 383-387, jun 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/25.pdf >. Acesso em: 20 ago. 2017.
- [4] BARBOSA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Quality management at a hospital's nursing service. Rev. Lat. Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-45, dez. 2009. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200016. Acesso em: 21 jun. 2017.
- [5] BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. Rev. Bras. enferm., Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 447-50, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.
- [6] BONATO, V. L. Gestão da qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo saúde, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 319-31, set. 2011. Disponível em:< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.
- [7] BRASIL. Portaria nº 198/GM/MS em 13 de Fevereiro de 2004. Política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.
- [8] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2009.
- [9] CARNEIRO, M. S. et al. Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Rev para. med., Belém, v. 20, n. 4, p. 35-39, out./dez. 2006. Disponível em:<
- [10] http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a07.pdf>. Acesso em: 22 jjul. 2017.

- [11] CICONET. R.M.; MARQUES. G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Interface: Comunicação saúde educação, v. 12, n. 26, p. 659-66, jul-set, 2008. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a16.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- [12] CUNHA, I. C. K.; XIMENES NETO Frº. R. G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 479-82, jul-set. 2006. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13>. Acesso em: 28 mai. 2017.
- [13] GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. Cienc. enferm. XVI. Concepcion, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010. Disponível em:<www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf>. Acesso em 10 jul.2017.
- [14] JACONDINO, C. B., et.al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. Cogitare Enferm., Rio de Janeiro, v. 15, n. 2:314-8, Abr/Jun, 2010. Disponível em:http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17867. Acesso em: 20 ago.2017.
- [15] JESUS, Mª. C. P et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário.Rev. Esc.Enferm., São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-236, set. 2011. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2017.
- [16] KOERICH, C.; ERDMANN, A. L. Gerenciando práticas educativas para o cuidado de enfermagem qualificado em cardiologia. Rev. Bras.Enferm., Rio de Janeiro, v. 69, n. 10, p. 818-25, set. 2016.Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0872.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2017.
- [17] LUNA, I. T. Atuação do enfermeiro na gerência dos serviços de saúde: revisão integrativa. Monografia de conclusão de curso. Curso de Especialização em Gestão em Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2013.
- [18] LUONGO, J.; FREITAS, G. F. Enfermagem do Trabalho. 1 ed. São Paulo: Rideel, 2012. LUONGO, J. Gestão da qualidade em saúde. São Paulo: Ridell; 2011.
- [19] MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. Mª. Fundamentos de Metodologia Científica. 6 Edição 5ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2007.
- [20] MAURO, Mª. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. Esc Anna Nery RevEnferm., Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-8, jan- mar. 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/05. Acesso em: 28 mai.2017.
- [21] MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação políticadas enfermeiras na gestão do Sistema único desaúde em nível municipal. Texto & Contexto Enfermagem., São Paulo, v. 16, n. 3, p. 426-32, set. 2007.Disponível em:<www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416307>.Acesso em: 28 mai. 2017.
- [22] MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm., v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pd>. Acesso em: 28 mai. 2017.
- [23] MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. Interface: Comunicação Saúde, Educação, v. 15, n. 38, p. 871-82, Jul/set, 2011. Disponível em:<
- [24] http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/20.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2017.
- [25] MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento das necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. Rev. esc. enferm.São Paulo,v.44,n.3,p.597-604,2010.Disponívelem: < www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/07.pdf>. Acesso em: 14 jul. 217.
- [26] MOTTA, J. I.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Disponível em:http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm. Acesso em: 18 jun. 2017.
- [27] OLIVEIRA, F. M. C. S. N; FERREIRA, E. C.; RUFINO, N. A.; SANTOS, M. S. S. S.
- [28] Educação permanente e qualidade da assistência á saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Rev. esc. enferm. São Paulo, v. 11, n. 1, abr., 2011.Dsiponível em:https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/viewFile/140/137. Acesso em: 20 ago. 2017.
- [29] PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, Mª. F.; LACERDA, Mª R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. Rev. gaúcha enferm., Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 336-43, set., 2006. Disponível em:< seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4621 >. Acesso em: 02 jul. 2017.
- [30] PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul/set 2006.Disponível em:<www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>. Acesso em: 11 ago. 2017.

- [31] PERSEGONA, K. P. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-50, jul-set. 2009. Disponível em:http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46448021/artigo_25.pdf?_politico_na_atuacao_do_en.pdf. Acesso em: 02 jun. 2017.
- [32] RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 6, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a02.pdf. Acesso em: 15 jul. 2017.
- [33] SANTOS, A. P. B.; NOVAS, M. V.; PAIZANTE, G. O. Acidentes de trabalho e biossegurança no ambiente hospitalar. Rev. Edu. meioAmb. e Saúde. São Paulo, Fev-Marc, v.3, n.1, p.51-621, 2008. Disponível em http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2008/resumos/REMAS%203(1)%2051%20a% 2062%20-%20RESUMO.pdf> . Acesso em: 02 mai. 2017.
- [34] SANTOS, E. M. C. P.; ROSÁRIO, J. M. O. A. A importância da educação em serviço para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Rev. enferm. UFPE, Pernambuco, v. 6, n. 4, p. 563-70, mar. 2012. Disponível em:http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2455/pdf_1012.
- SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO. F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. O mundo da saúde, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 47-55, jan-mar, 2008. Disponível em:https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/viewFile/140/137. Acesso em: 10 ago. 2017.
- [36] SILVA, A. M.; PEDUZZI, M. Caracterização das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem na ótica da educação permanente. Rev. eletr. enferm., Goiânia, v. 11, n. 3, p. 518-526, 2009. Disponível em:https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a08.pdf
- [37] >. Acesso em: 17 jul. 2017.
- [38] SOUZA, R. C. R. et al. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, 2010. Disponível em:<
- [39] www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4614>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- [40] WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Blackwell Publishing Ltd. Disponível em: http://users.phhp.ufl.edu/rbauer/ebpp/whittemore_knafl_05.pdf>. Acesso em: 08 jun.2014.

Autores

Adriana Paula Feitoza Pinto

Bacharela em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória e UTI na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fisioterapeuta no Hospital Leonardo da Vinci em Fortaleza-Ceará.

Ana Beatriz Oliveira da Paixão

Enfermeira. Pós-graduada em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira Assistencial no Hospital Haroldo Juaçaba - ICC

Andréa Batista da Silva

Enfermeira. Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira assistencial.

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Itaperi. Enfermeira Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) Especializanda em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

Ariane Spat Ruviaro

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano (2009), Especialista em Enfermagem Oncológica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) - (2019), Pós graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) e Pós em Pediatra e Neo com Qualificação em PICC pela FAMETRO em andamento. Funcionária do ISGH/UPA atuando na área da Urgência e Emergência com Curso de Classificador de Risco Manchester. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin atuando na assistência e Coordenação da UTI Oncológica, e na assistência da Unidade Pediátrica Oncohematológica – Centro Pediátrico do Câncer. Enfermeira do Hospital São Camilo Cura D'Ars na área da Emergência, Clínica-Cirúrgica e Obstetrícia(2011-2014).

Carla Vanessa Pinheiro da Silva

Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do curso Técnico de Enfermagem.

Caroline Dantas dos Santos

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará - FAECE. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Católica Nossa Senhora das Vitórias - Grupo Educar Service e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Capacitado - UNIQ. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do adulto e idoso, atuando principalmente nos seguintes temas: classificação de risco, emergência, clínica médica e cirúrgica, oncologia, terapia intensiva e paciente crítico. Atualmente é Enfermeira Assistencial no Hospital Haroldo Juaçaba - ICC, no setor UIC e preceptora de estágio em enfermagem pela Universidade Estácio do Ceará.

Etevaldo Deves Fernandes Neto

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica pelo Instituto de Ciência, Educação e Tecnologia de Votuporanga - SP. Pós-graduando em Terapia Intensiva Adulto, Neonato e Pediátrico na Nacionalfisio. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e pesquisador no Laboratório de Biofísica da Respiração na referida instituição.

Eveline Araujo de Oliveira

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória e UTI na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Francisca Antonia do Vale Gomes

Aluna ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Graduação em Enfermagem pela Fametro. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Docente do Curso Técnico de Enfermagem. Docente do Curso Pós Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Quixeramobim(UNIQ). Enfermeira no setor de Pediatria do Hospital Municipal Dr. Aberlado Gadelha da Rocha.

Francisca Cleani de Sousa

Enfermeira. Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira assistencial.

Francisca Jéssica Diógenes Façanha

Enfermeira. Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Pós-graduada em Enfermagem neonatal pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira assistencial.

Hélio de Almeida Nobre Junior

Aluno ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Especialista em Urgência e Emergência - FATENI. Participa do grupo de pesquisa de Gastroenterologia - UFC e da Liga de Gastroenterologia do Curso de Medicina - UFC. Docente de Cursos de Pós Graduação da área da saúde.

Igor Andrade Azevedo

Licenciado em Pedagogia Magistério pela Universidade Federal do Piauí. Pós - Graduado em Oncologia Multiprofissional pela UNINOVAFAPI. Técnico em Segurança do Trabalho pelo IFPI. Atuo como Técnico em Segurança do Trabalho no Hospital Universitário Walter Cantídio - UFC e Professor Bolsista no curso Técnico de Segurança do trabalho pela UECE.

Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt

Enfermeira. Especialista em Saúde em Educação Profissional na Área de Saúde, em Saúde da Família e em Saúde Pública. Experiente na gestão/coordenação de programas públicos de saúde e assistência de enfermagem na estratégia saúde da família e área hospitalar. Referência técnica e assistencial em Saúde da Mulher. Membro da Comissão e do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Assessora Técnica da Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

Ismael Pereira Maciel

Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Estácio do Ceará. Pós-graduado em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto pela Faculdade Inspirar. Fisioterapeuta no Hospital São Carlos e Hospital Geral Dr. César Cals.

Jaqueline Gomes de Souza Santos

Enfermeira, Mestre em políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Especialista em Gestão Universitária pela UFC, graduada em Enfermagem e

Obstetrícia pelo centro Universitário Adventista de São Paulo- UNASP. Funcionária pública federal lotada no Hospital Universitário Walter Cantídio. Atuou na preceptoria da residência Integrada Multiprofissional em atenção à saúde da UFC e na supervisão de estágio curricular do curso de graduação em enfermagem da faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-UFC. Atua na gestão da Unidade de Regulação Assistêncial no HUWC/UFC/EBSERH.

João Victor Santos de Castro

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNIQ) e pós graduando em Saúde Pública e Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Enfermeiro no Hospital Geral César Cals e no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD.

José Ricardo Barbosa Ferreira Filho

Enfermeiro. Pós-graduado em Urgência e Emergência pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeiro assistencial.

Lívia Lopes Custódio

Psicóloga. Doutoranda em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Mestre em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Graduada em Psicologia e Pedagogia. Participação ativa no grupo de pesquisa DOCAFS - doencas crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem

Márcia Alves Ferreira

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela UECE e em Saúde da Família e da Comunidade pela UFPI. Mestre em Gestão em Saúde pra UECE. Enfermeira Assistencial no HUWC.

Maria Meiriane Freire Aguiar

Graduada em Letras com habilitação em Língua Portuguesa, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú. Pós-graduada em Psicopedagogia clínica e institucional com docência no ensino superior e pós-graduada em Atendimento Educacional Especializado-AEE

Marina da Silva Nobre

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Especialização em andamento em Enfermagem obstétrica e saúde da mulher pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Servidora Pública na Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza, aprovada na Seleção Publica para atuação na Estratégia de Saúde da Família. Lotada na Unidade Primária de Saúde Evandro Ayres de Moura, nos atendimentos dos programas da Saúde integral da Mulher, Saúde da Criança, Adulto e Idoso, Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase. Coordena o programa de Imunização da UAPS Evandro Ayres de Moura. Plnatonista na Sala de Parto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. Foi estagiária de enfermagem, do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, atuando nos programas de atendimento à crianças e famílias em vulnerabilidade social, e no setor de imunização durante 2016-2018. Enfermeira Voluntária, também do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, no período de Janeiro-Março de 2018. Foi membro da comissão organizadora de eventos da Associação para melhoria da Enfermagem, no período de Junho-Novembro de 2016. Membro do Grupo de pesquisa e extensão em aleitamento materno(GRUPAM)/Estácio 2017-2018. Bolsista Voluntária do Programa de Iniciação Cientifica de Aleitamento Materno do Centro Universitário Estácio do Ceará no período de 2017-2018.

Mateus Fernandes de Sousa

Enfermeiro. Pós-graduado em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeiro intensivista assistencialista da UTI do Hospital Sao Camilo Fortaleza. Enfermeiro assistencial da Emergência do Hospital São Carlos

Michelle Soeiro de Oliveira

Enfermeira. Doutorada e Mestre em Ciências médico cirúrgicas - UFC. Especialista em Saúde Mental e atenção psicossocial - Uniq. Graduanda em Enfermagem. Editora Chefe da Retep. Professora curso de pós-graduação na área da saúde!

Michelline Soeiro de Oliveira

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Psicossocial - UNIQ. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Gênesis - Unidades de Alojamento Conjunto, Sala de Parto, Posto Clínico e Cirúrgico. Professora Docente da Pós Graduação - UNIQ. Membro da RETEP- Revista Tendências da Enfermagem.

Michelly Gomes da Silva

Bacharel em Enfermagem pela UNINOVAFAPI em Teresina-PI. Pós-graduada em Saúde da Família na Atenção Básica e Saúde mental pela atenção básica, ambas pela UNITER. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior pela UESPI. Trabalha atualmente em sua empresa de assessoria em trabalhos científicos.

Raquel Guimarães Tavares Martins

Enfermeira. Pós-graduanda em Estomaterapia. Assistência em Home Care. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Enfermeira e assessora técnica na Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

Regiane Pereira Garcia

Possui graduação em Administração pela Universidade Metodista de São Paulo (2013.1). Pósgraduado em Gestão de Projetos – FAERPI Universidade Entre Rios do Piauí (Lato Sensu) – concluído 2014.2 Pós-graduado em Gestão Escolar e Coordenação Pedagógica - FTP - Faculdade Tecnologia de Palmas (Lato Sensu) – concluído 2015.1. Foi monitora - Sentido Único Gestão Educacional Superior (2013.2 à 2015.1). Foi Coordenadora Pedagógica pela Universidade Metodista de São Paulo polo Fortaleza 2015.2 à 2016.2. Foi Coordenadora Pedagógica pela Universidade Metodista de São Paulo polo Fortaleza e Coordenadora Pedagógica de Pós Graduação pela Sentido Único Gestão Educacional Superior 2016..2 à 2018.1. Mestranda em Ciencias da Educação na Universidade San Carlos- PY - USC(2017 en andamento). Tutora externa - Centro Universitário Leonardo da Vinci (UNIASSELVI) Polo Caucaia (2018.1 até hoje).

Roberta Liviane da Silva Picanço

Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira Assistencial. Docente de curso Técnico em Enfermagem.

Samara Gomes Matos Girão

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança na UFC/ CE, sob a orientação da Profª Dra. Ana Kelve Damasceno na linha de pesquisa em Saúde da Mulher sob o título de Atualização e Validação de um aplicativo durante o pré-natal. Pós-graduada em ENFERMAGEM NEONATAL e PEDIÁTRICA pela FAMETRO e Residência Multiprofissional em Neonatologia pela ESP-CE. Atuou como enfermeira assistencial no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP-UFC). Tem experiência na

área de Enfermagem, com ênfase em Desenvolvimento Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: Autismo (TEA), síndromes, Enfermagem Neonatal e Pediátrica, Saúde da mulher, Saúde da Criança, Prematuridade, Estimulação Precoce, Aleitamento materno, Tecnologias educativas em Saúde, SNC (bolsista CNPQ/ FUNCAP), Etanol, Risperidona.

Sara Maria Oliveira Bandeira

Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e em Estomaterapia. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Docente da Pós-graduação da Faculdade de Quixeramobim. Enfemeira Assistencial do Hospital Geral Dr. César Cals.

Yale Magalhães Maranhão Barreto

Enfermeira. Pós-graduada em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira intensivista assistencialista da UTI do Hospital São Camilo Fortaleza e da UTI do Frotinha do Antônio Bezerra. Trabalhei oito anos na UTI do Hospital Geral de Fortaleza.

