Assistência de enfermagem nos diferentes cenários clínicos

compartilhando saberes e práticas

Vanessa da Frota Santos

Assistência de enfermagem nos diferentes cenários clínicos *compartilhando saberes e práticas*

Vanessa da Frota Santos

**Vanessa da Frota Santos
(Organizadora)**

**Assistência de enfermagem nos
diferentes cenários clínicos
compartilhando saberes e práticas**

2021

© 2021 Vanessa da Frota Santos

Editora IMAC

E-mail: contato@editoraimac

Site: www.editoraimac.com.br

Organização

Vanessa da Frota Santos

Direção editorial

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Normalização bibliográfica

Rosana de Vasconcelos Sousa

Diagramação e capa

Talita Ponte Mendes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A848 Assistência de enfermagem nos diferentes cenários clínicos [recurso eletrônico] : compartilhando saberes e práticas / Organizado por Vanessa da Frota Santos. — Fortaleza : IMAC, 2021.
183 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos do sistema: *Adobe Acrobat Reader*

Modo de acesso: *World Wide Web*

ISBN 978-65-993219-4-8

1. Enfermagem. I. Santos, Vanessa da Frota. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

A ORGANIZADORA

VANESSA DA FROTA SANTOS

Enfermeira graduada em 2011 pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre (2015) e Doutora (2018) em Enfermagem e Promoção da Saúde pela UFC. Especialista em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Informática em Saúde, Saúde Mental e Preceptoría em Saúde. Tem como linha de pesquisa doenças infectocontagiosas. Atualmente, atua como enfermeira assistencial na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) (Empregada Pública Federal) desde 2018 e no Instituto Doutor José Frota (IJF) desde 2019. Além disso, exerce a função de professora universitária e de pós-graduação em uma instituição de ensino superior em Fortaleza-Ceará.

CONSELHO EDITORIAL

Profa. Ms. Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Prof. Ms. Francisco Régis da Silva - Universidade Estadual do Ceará

Profa. Dra. Greicy Coelho Arraes - Centro Universitário Christus

Profa. Ms. Isabelle Cerqueira Sousa - Universidade de Fortaleza

Profa. Ms. Juliana Barbosa de Faria - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Julyana Gomes Freitas - Universidade de Fortaleza

Profa. Dra. Samyla Citó Pedrosa - Prefeitura Municipal de Recife

2021

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
--------------------	---

CAPÍTULO 1	11
------------------	----

FATORES DE RISCO DA COINFEÇÃO HIV/SÍFILIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Diana Maria Viana da Silva

Emille Holanda Feitosa

Luciana de Souza Vasconcelos

Luciana Távora de Vasconcelos Lima

Pricilla Fortes Pereira

Edglesy Carneiro Aguiar

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 2	29
------------------	----

ATUAÇÃO DA EQUIPE ENFERMAGEM DIANTE DE UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Milena Monte da Silva

Elaine Braga Rodrigues de Lima

Maria Elisomar da Cruz

Maria Cristiane Marques

Maisa Leitão de Queiroz

Luana Duarte Wanderley Cavalcante

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 3	47
------------------	----

INFLUÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: REVISÃO INTEGRATIVA

Maisa Leitão de Queiroz

Maria Rozenilda Magalhães

Samila da Silva Costa

Simone Pereira de Araujo

Hellen de Oliveira dos Santos

Edglesy Carneiro Aguiar

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 4..... 67

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO DOS ADOLESCENTES À VACINAÇÃO
CONTRA O HPV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Katienne Monteiro Souza

Maria Eudisleni Negrão Rocha

Patrícia Regia Rebouças de Queiroz

Juliana Sampaio dos Santos

Wanderson Alves Martins

Carmina Guimarães Veloso

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 5..... 84

**EFEITOS COLATERAIS DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Francisdalva Vieira da Silva

Hellen de Oliveira dos Santos

Maria Erilane Teodósio Matias

Vivian Silva Lopes

Milena Monte da Silva

Maisa Leitão de Queiroz

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 6..... 98

COMPLICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Carmo de Sousa

Jose Ernando Mesquita Mota

Larissa Monteiro Alves Fernandes

Larisse Auri da Silva Araripe

Pâmela Samanta Lima de Alencar

Lívia de Paulo Pereira

Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 7..... 119

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA ÓSSEO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cynara Damasceno Lopes
Gicelda de Melo Reis
Manoel Genival Rodrigues Sombra
Maria Valglenia Lopes
Juliana Sampaio dos Santos
Carmina Guimarães Veloso
Vanessa da Frota Santos

CAPÍTULO 8..... 135

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maria Cristiane Marques
Maria Elisomar da Cruz
Elaine Braga Rodrigues de Lima
Milena Monte da Silva
Maisa Leitão de Queiroz
Vanessa da Frota Santos
Othávia Gomes Bezerra Ribeiro³

CAPÍTULO 9..... 1588

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Alda Maria da Silva
Nêmore Lígia de Sousa Santana
Bruna Nunes Costa Lima Rosado
Bruno Rafael Sousa Rosado
Ana Mara Alves Cardoso

CAPÍTULO 10..... 1733

GRUPO TERAPÊUTICO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDENTE

Adriano Rodrigues de Souza
Keylla Conceição de Albuquerque Carneiro

PREFÁCIO

É uma honra e um grande prazer prefaciар essa obra que apresenta temas tão importantes e inovadores sobre a “Assistência de enfermagem nos variados cenários clínicos”, e como o próprio título sugere: “compartilhar saberes e práticas” oportuniza a publicação de estudos com embasamentos teóricos, revisões atualizadas na literatura, reflexões, discussões e relatos de experiências, possibilitando a disseminação dos conhecimentos relativos ao contexto da enfermagem, levando em consideração que o enfermeiro tem um papel decisivo e proativo na identificação das necessidades de cuidados, promoção e proteção da saúde da população em suas diferentes dimensões.

O volume abordará de forma interdisciplinar estudos que transitam sobre temas que perpassam diversos assuntos de saúde da população, desde um estudo investigativo sobre os fatores de risco da coinfeção HIV/Sífilis, no qual foi feita uma revisão integrativa criteriosa de 21 artigos, cujos dados obtidos foram categorizados em: fatores sociodemográficos, clínicos, farmacológicos e fatores relacionados aos comportamentos sexuais. Neste estudo, os leitores poderão acompanhar a análise das discussões e verificar que existe uma grande necessidade de estratégias educativas para promoção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ainda em se falando sobre IST, temos um outro trabalho que apresenta a identificação das complicações da sífilis congênita que, mesmo dispondo de um tratamento com baixo custo para o governo, ainda apresenta um alto índice de incidência com desfechos negativos para população. Então considerando os achados da pesquisa, medidas de prevenção e controle dessa infecção na população jovem se tornam emergenciais.

A atuação da Equipe Enfermagem diante de uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) é outro tema que será discutido, dentre as emergências que ameaçam a vida, a PCR, apresenta-se como a mais temida, uma vez que a chance de sobreviver está diretamente relacionada ao atendimento rápido, seguro e eficaz. Portanto, a equipe de enfermagem é essencial e tem papel fundamental durante a PCR, a atuação do enfermeiro pode definir a situação futura no que se refere aos danos decorrentes, caso as condutas e medidas não sejam antecipadas para prevenir ou diminuir os riscos, e pode também atuar como instrutor de futuros enfermeiros e multiplicadores dessas informações junto a toda a equipe envolvida no atendimento.

Outros assuntos também abordados serão: a influência do consumo de álcool no tratamento da tuberculose, um rico estudo descritivo sobre as implicações que o consumo de álcool acarreta para o tratamento da Tuberculose. Teremos também uma revisão integrativa de publicações que discutem os fatores associados à adesão dos adolescentes à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV). Neste contexto, as escolas, as unidades básicas de saúde, a família e os profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro, atuam como influenciadores e disseminadores de conhecimento junto a essa população, podendo contribuir com a educação em saúde, com vistas a uma melhor adesão à vacinação contra o HPV.

E quando falamos de serviços e atendimentos de saúde, logo pensamos na temática da “humanização”, nesse sentido será apresentado um estudo sobre a influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), como é fundamental compreender as necessidades do paciente e desenvolver ações voltadas para o cuidado

utilizando o diálogo, que auxilia na convivência do paciente e profissionais.

Foi realizado também um compilado de publicações sobre os efeitos colaterais de contraceptivos hormonais, no qual os resultados da análise indicaram que os efeitos mais comuns são: cefaleia, náuseas, vômitos, acne, dores mamária e abdominal, mudanças no padrão de sangramento menstrual, alterações de humor e aumento de peso. Um fato que chamou a atenção, foi que entre os artigos que abordaram o acompanhamento clínico das participantes da pesquisa, nenhum mencionou o planejamento familiar realizado pelo enfermeiro. Portanto, sugere-se a participação desses profissionais na realização de novas pesquisas sobre contracepção hormonal.

A prevalência de Infecção do Trato Urinário (ITU) em gestantes com diagnóstico de Trabalho de Parto Prematuro (TPP), trata-se de um estudo documental, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital terciário de alta complexidade e de ensino, reconhecido pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, de referência no Ceará, no qual foram analisados 217 prontuários de gestantes. Um número expressivo de gestantes apresentaram pelo menos um episódio de infecção urinária durante o período gravídico, portanto a pesquisa comprova que a ITU representa relevante fonte de complicações maternas que deve receber mais atenção da equipe de saúde.

Será possível também conhecer o relato de uma residente de enfermagem que descreve a sua experiência num grupo terapêutico de Educação em saúde, realizado com 11 usuários diagnosticados com: esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). O grupo terapêutico destacou-se como uma forma de promover uma atenção integral à saúde, motivando o enfermeiro a buscar novos conhecimentos e a melhorar sua atuação em serviços substitutivos.

Contribuindo para a expansão dos avanços da ciência e da saúde no Brasil, a Editora IMAC presenteia os leitores com essa valiosa divulgação de relatos de experiências, revisões de literatura, saberes e práticas essenciais à prática da enfermagem.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Isabelle Cerqueira Sousa
Doutoranda em Saúde Coletiva
Centro Universitário Christus (Unichristus)
Membro do Conselho Editorial da Editora IMAC

CAPÍTULO 1

FATORES DE RISCO DA COINFECÇÃO HIV/SÍFILIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Diana Maria Viana da Silva¹

Emille Holanda Feitosa¹

Luciana de Souza Vasconcelos¹

Luciana Távora de Vasconcelos Lima¹

Pricilla Fortes Pereira¹

Edglesy Carneiro Aguiar²

Vanessa da Frota Santos³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - Ceará

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – Ceará

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica evidências sobre os fatores de risco para a coinfeção HIV/sífilis. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), em fevereiro e em março de 2020. Utilizaram-se os descritores Sífilis, HIV e Coinfeção em todos os idiomas, com uso do operador booleano AND. Foram encontrados 992 artigos, sendo selecionados 21. **Resultados:** Os dados obtidos foram organizados em quatro categorias temáticas: Fatores sociodemográficos; Fatores relacionados aos comportamentos sexuais; Fatores clínicos; Fatores farmacológicos. **Conclusão:** Conclui-se que os fatores de risco da coinfeção HIV/sífilis, são homens que fazem sexo com homens (HSH), ter múltiplos parceiros, não usar preservativo, a prostituição e estar em uso de terapia antirretroviral (TARV), indicando a necessidade de estratégias educativas para promoção e prevenção das IST.

Palavras-chave: Sífilis. HIV. Coinfeção.

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a sífilis têm modos de transmissão em comum. Assim, a vigilância epidemiológica e o manejo clínico para o tratamento da coinfeção HIV/sífilis é de extrema importância (HE *et al.*, 2014). Nesse sentido, estudos mostram que pessoas com HIV têm maiores chances de adquirir sífilis e aqueles que já possuem sífilis devem receber orientações sobre como se prevenir do HIV por serem grupo alvo importante desta infecção (CHESSON *et al.*, 2005).

A sífilis está entre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) mais comuns que afligem a saúde da população, sendo considerada um grave problema de saúde pública. É uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, é sistêmica e exclusiva do ser humano, tem cura, porém quando não tratada adequadamente pode deixar sequelas (BRASIL, 2019a). Desse modo, a transmissão da sífilis acontece durante a relação sexual desprotegida, por transfusão sanguínea, da mãe para o bebê durante a gestação, sendo o uso do preservativo o principal método de prevenção (PEREIRA *et al.*, 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2019), do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), a cada ano observa-se um aumento nos casos de sífilis. No ano 2018 a taxa de detecção nos casos sífilis adquirida foi de 75,8 por 100.000 habitantes, um aumento de 22,03% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2019b).

Estima-se que, anualmente, haja 357 milhões de novos casos de quatro IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, destes, 6 milhões são casos de sífilis. Na gravidez, leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais a cada ano, também coloca 215.000 crianças em aumento do risco precoce de morte (OMS, 2016).

Em relação ao HIV, ele ocasiona a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/aids), debilita o sistema imunológico do indivíduo através da destruição das células T-CD4+ que são importantes no combate a doenças infecciosas (CDC, 2019). A transmissão do vírus também ocorre por meio de relações sexuais desprotegidas, além de poder ser transmitida pelo uso de seringas compartilhadas, transfusão sanguínea e da mãe para o bebê durante a gravidez, no parto ou na amamentação (BRASIL, 2020).

No ano de 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids no Brasil, isto equivale a 17,8 por 100.000 habitantes. Desde o início da epidemia em 1980 até junho de 2019, o Brasil teve quase 1 milhão de casos de aids detectados (BRASIL, 2019c).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) até o fim de 2018, existiam 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2019). Esta epidemia centraliza-se em populações-chave mais vulneráveis, como de homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, que usam álcool e outras drogas, as privadas de liberdade e as trabalhadoras do sexo (BRASIL, 2020).

A predominância das coinfeções de HIV/IST ocorre com maior frequência em pessoas com diagnóstico recente de HIV (CALLEGARI, 2014). Estas coinfeções sexualmente transmissíveis aumentam a infectividade do HIV pelos processos inflamatórios. A sífilis destaca-se por ser uma das mais prevalentes em pessoas deste grupo (KALICHMAN; PELLOWSKI; TURNER, 2011).

Não se tem dados oficiais, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), da prevalência de coinfeção entre HIV e sífilis, pois as fichas de notificação e investigação de sífilis adquirida ou de HIV/aids não têm informações desta coinfeção. Para obtenção dessas informações, seria preciso conflitar dados referentes a cada um dos agravos, utilizando-se os dados nominais que não são disponibilizados publicamente (LUPPI *et al.*, 2018).

Assim, é útil a busca de estudos sobre a prevalência da coinfeção entre HIV e sífilis, bem como o estudo dos fatores de riscos, para contribuir com medidas de prevenção e controle desses agravos. Tanto a sífilis quanto o HIV tem abrangência mundial, apresentam modos de transmissão semelhantes e crescente número de casos. Diante disto elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os fatores de risco da coinfeção HIV/sífilis?

Nesse contexto, existe a necessidade de implementar ações para acelerar e intensificar a resposta a IST, para isso é necessário o conhecimento dos fatores de riscos destas infecções pela sociedade.

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem traz como princípio fundamental que o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde, que atua na defesa das Políticas Públicas, dando ênfase nas políticas de saúde, para garantir a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COFEN, 2017). Assim sendo, o enfermeiro tem um papel importante frente às ações educativas, buscando a prevenção e a promoção da saúde prevenindo doenças e multiplicando saberes saudáveis.

Tendo em vista um aumento significativo de notificações, principalmente dentro das populações-chave que são estigmatizadas e discriminadas, o presente estudo buscará identificar os fatores de riscos da coinfeção HIV/sífilis, esperando atrair a atenção para o tema e contribuir para a atualização da temática, além de servir de subsídio para estudos futuros na área da saúde.

Desse modo, em específico, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura evidências sobre os fatores de risco para a coinfeção HIV/sífilis.

2 METODOLOGIA

Tratar-se de uma revisão integrativa, que se estrutura através da coleta e comparação de dados disponíveis na literatura para sondar o conhecimento sobre o tema proposto e foi desenvolvida nas seguintes etapas: Identificação do tema (propósito definido); Busca da literatura (descritores, bases de dados, aplicação de critérios); Coleta de dados (definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados); Análise dos dados (avaliação dos estudos), Interpretação dos resultados e Apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Buscou-se responder à seguinte questão norteadora, formulada com base na estratégia PICO (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010): “Quais os fatores de risco para coinfeção HIV/sífilis?”. Onde o “P” refere-se ao público exposto, o “I” é a coinfeção, o “C” não há comparações, e o “O” refere-se aos fatores de risco.

A busca eletrônica dos estudos foi realizada por cinco revisores de forma simultânea nos meses de fevereiro e março de 2020, em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o portal *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed) e no Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Foram utilizados os descritores “Sífilis”, “HIV” e “Coinfeção”, disponíveis no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine* e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em todos os idiomas, com uso do operador booleano AND. O cruzamento foi realizado da seguinte forma: [Syphilis] AND [HIV] AND [Coinfection].

A partir dos cruzamentos realizados, foram encontrados 992 artigos, sendo escolhidos 21 dentre eles. Foram excluídas 2 publicações duplicadas e 969 artigos que não abordavam a coinfeção HIV/Sífilis. A Figura 1 mostra a identificação, seleção e inclusão das produções científicas.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os critérios de inclusão consistem em artigos completos, disponíveis eletronicamente, sem exclusão de idiomas, sem recorte temporal, que apresentem discussões sobre os fatores de risco da coinfeccção HIV/sífilis. Foram excluídas as publicações repetidas, relatos de experiências, revisões de literaturas e aquelas que não responderem à questão de pesquisa.

A análise dos dados foi realizada mediante tradução e leitura dos artigos na íntegra por cinco autores, de forma independente. Em caso de dúvidas, houve uma reunião entre os revisores para consenso. As informações foram transcritas e organizadas a partir de um instrumento validado (URSI, 2005) que investigou o desenvolvimento metodológico, os fatores de risco da coinfeccção HIV/sífilis, a conclusão e os níveis de evidência.

Os níveis de evidência foram determinados da seguinte forma: Nível I - Evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados e randomizados; Nível II - Evidências provenientes de estudos individuais controlados e randomizados; Nível III - Evidências de estudos experimentais sem randomização; Nível IV - Evidências provenientes de coorte ou caso-controle; Nível V - Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI - Evidências originárias de um estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - Evidências obtidas de opiniões de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Após análise, os fatores de riscos da coinfeccção HIV/sífilis, foram agrupados em quatro categorias: 1. Fatores sociodemográficos; 2. Fatores relacionados aos comportamentos sexuais; 3. Fatores clínicos; 4. Fatores farmacológicos.

Os achados foram discutidos com embasamento da literatura científica acerca da temática, respeitando a integridade dos artigos e os direitos autorais, não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício desta pesquisa.

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados, a partir dos termos de busca, produziu 992 artigos, dos quais apenas 21 satisfizeram simultaneamente aos critérios de inclusão. Os artigos selecionados tiveram variação de ano de 2005 à 2020, sendo três publicados em países europeus (COHEN *et al.*, 2005; VALL-MAYANS *et al.*, 2006; TSACHOURIDOU *et al.*, 2016), sete no continente americano (GRIEMBERG *et al.*, 2006; BRANGER *et al.*, 2009; MAYER, 2011; ADOLF *et al.*, 2012; HERNANDEZ *et al.*, 2017; LUPPI *et al.*, 2018; VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018), oito no continente asiático (ZHANG *et al.*, 2007; BADIE *et al.*, 2013; CHANG *et al.*, 2014; HU *et al.*, 2014; POLANSKY; LEVI; MOR, 2019; WENG *et al.*, 2019; SUDHARSHAN *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020) três no continente africano (JOHNSTON *et al.*, 2013; KATAMBA; CHUNGU; LUSALE, 2020; SOLOMON *et al.*, 2020) (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos segundo o periódico, ano, país, tipo de estudo, desfecho de Fatores de Risco - Coinfecção HIV/Sífilis. Fortaleza/CE, 2020

Periódico	Ano	País	Tipo de estudo	Desfecho (Fatores de Risco - Coinfecção HIV/Sífilis)	Níveis
Sex Transm Infect.	2005	Inglaterra	Coorte	HSH Multiplicidade de parceiros sexuais	IV
Revista Argentina de Microbiologia	2006	Argentina	Estudo Transversal	HSH Usuários de drogas injetáveis	VI
Med. Clín.	2006	Espanha	Estudo Transversal	Ter parceiro com HIV	VI

Periódico	Ano	País	Tipo de estudo	Desfecho (Fatores de Risco - Coinfecção HIV/Sífilis)	Níveis
AIDS	2007	China	Estudo Transversal	Multiplicidade de parceiros sexuais Uso inconsistente de Preservativo Uso de álcool	VI
Sex Transm Dis.	2009	EUA	Coorte	Uso de TARV	IV
Clin Infect Dis.	2011	EUA	Estudo Transversal	HSH Uso de álcool Uso de medicamentos para disfunção erétil e de metanfetamina	VI
AIDS Care	2012	Brasil	Coorte	Sexo masculino (gênero) HSH	IV
Asian Pac J Trop Biomed.	2013	Irã	Estudo Transversal	Usuários de drogas injetáveis	VI
Sex Transm Infect.	2013	Marrocos	Estudo Transversal	HSH Bissexuais Prostituição Clientes de profissionais do sexo Multiplicidade de parceiros sexuais	VI
BMC Infect Dis.	2014	China	Coorte	Fazer uso de TARV HSH	IV
J Microbiol Immunol Infect.	2014	China	Estudo Transversal	HSH Baixa escolaridade Maior Contagem de CD4 Uso de drogas recreativas	VI

Periódico	Ano	País	Tipo de estudo	Desfecho (Fatores de Risco - Coinfecção HIV/Sífilis)	Níveis
American Journal of Men's Health	2016	Equador	Estudo Transversal	HSH Falta de conhecimento das IST HSH sem parceiro estável Homens que fazem sexo anal receptivo	VI
Germs.	2016	Grécia	Estudo Transversal	Multiplicidade de parceiros sexuais Não uso de preservativo Uso de TARV	VI
Rev Esp Sanid Penit.	2018	Bolívia	Estudo Transversal	Baixa escolaridade Sexo com parceiros casuais Multiplicidade de parceiros sexuais Prostituição Privação de liberdade	VI
Epidemiol. serv. Saúde	2018	Brasil	Estudo Transversal	HSH	VI
PloS one	2019	China	Estudo Transversal	Não uso de preservativo Prostituição HSH mais velhos Falta de conhecimento das IST HSH com baixa escolaridade HSH com renda mensal baixa	VI
AIDS Care	2019	Israel	Estudo Transversal	Adesão inadequada à TARV	VI

Periódico	Ano	País	Tipo de estudo	Desfecho (Fatores de Risco - Coinfecção HIV/Sífilis)	Níveis
				Sexo com parceiros casuais Relações sexuais anais Não uso de preservativo	
F1000Research	2019	Zâmbia (NHRA)	Estudo Transversal	Divórcio, viuvez ou separação	VI
PLoS One	2020	Zâmbia	Estudo Transversal	Mulheres em idade reprodutiva	VI
J Med Virology	2020	China	Estudo Transversal	HSH Baixa escolaridade	VI
Indian J Ophthalmol	2020	Índia	Estudo Transversal	HSH Presença de úlceras genitais e lesões cutâneas	VI

Fonte: elaborado pelas autoras.

No que se refere às categorias temáticas, houve predominância de artigos que relatavam sobre os fatores sociodemográficos (Categoria 1). Dentre esses fatores, destacaram-se: população de HSH; HSH bissexuais; sexo masculino (gênero); HSH com baixa escolaridade; HSH com renda mensal baixa; HSH que não apresentavam parceiros estáveis; HSH mais velhos; pessoas divorciadas, viúvas ou separadas; solteiras; privadas de liberdade; uso de álcool; uso de drogas recreativas; uso de drogas injetáveis; mulheres em idade reprodutiva e a falta de conhecimento sobre IST (Quadros 1 e 2).

Dezessete artigos abordaram os fatores relacionados aos comportamentos sexuais (Categoria 2), demonstrando que indivíduos que têm múltiplos parceiros sexuais e os que não usam preservativos são os mais predispostos nesta categoria; seguido dos que se prostituem e fazem sexo com parceiros casuais; os estudos também trazem as relações sexuais anais; homens que fazem sexo receptivo anal e clientes de profissionais do sexo como indicadores de risco para coinfecção HIV/sífilis (Quadro 1 e 2).

Em relação aos fatores clínicos (Categoria 3) têm-se: maior contagem de linfócitos T-CD4+, ter parceiros com HIV, presença de úlceras genitais e lesões cutâneas. Acerca dos fatores farmacológicos (Categoria 4) evidenciaram-se: uso da terapia antirretroviral (TARV),

adesão inadequada à TARV, uso de medicamentos para disfunção erétil e de metanfetamina (Quadros 1 e 2).

Quadro 2 – Quantidade de artigos que fundamentaram cada categoria temática, conforme assuntos abordados. Fortaleza/CE, 2020

Categoria	Número de artigos
Fatores sociodemográficos	32
Fatores relacionados aos comportamentos sexuais	17
Fatores clínicos	03
Fatores farmacológicos	05
Total	57*

Fonte: elaborado pelas autoras.

*Nota: Alguns artigos foram classificados em mais de uma categoria.

4 DISCUSSÃO

A partir dessa pesquisa, foram descritos os fatores sociodemográficos, os relacionados aos comportamentos sexuais, clínicos e farmacológicos que expandem os riscos para coinfeção HIV/sífilis. A análise dos níveis de evidência mostrou predominância do nível VI, ou seja, as evidências provenientes de estudos descritivo ou qualitativos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Em referência aos fatores sociodemográficos, demonstrou-se que a população de HSH apresenta taxas mais elevadas de infecção de HIV e outras IST, como a sífilis, isso em comparação a outras populações vulneráveis (WENG *et al.*, 2019; LUPPI *et al.*, 2018). Infecções por HIV vem aumentando em vários países (POLANSKY; LEVI; MOR, 2019). Concomitantemente a incidência de sífilis também vem aumentando, em especial nos HSH infectados com HIV (WANG *et al.*, 2020; COHEN *et al.*, 2005). Além desta população, indivíduos do sexo masculino (gênero) tiveram duas vezes mais chances de se coinfetar com HIV/sífilis do que o sexo feminino (ADOLF *et al.*, 2012) e HSH que se autodescrevem como bissexuais também tiveram maiores incidências de coinfeção HIV/sífilis (JOHNSTON *et al.*, 2013).

Evidências demonstram que HSH com baixa escolaridade e HSH com renda mensal baixa tiveram mais chances de se coinfetar com HIV/sífilis, do que aqueles com a educação

superior, pela falta de conhecimento sobre IST e também pelo estigma da sociedade a respeito dos HSH (WENG *et al.*, 2019; VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018). Os HSH mais velhos tiveram maiores chances de coinfecção pelo tempo de exposição às infecções (devido mais tempo de vida); e/ou por uma percepção errada sobre o HIV, achando que não podiam se contaminar; e/ou achando que já estão velhos e talvez se adquirirem HIV não morreriam logo, devido a progressão lenta da doença (WENG *et al.*, 2019; HU *et al.*, 2014). HSH que não tinham parceiros estáveis tinham três vezes mais chances de coinfetar-se, pelo aumento das relações sexuais desprotegidas (HERNANDEZ *et al.*, 2017).

No que se refere às pessoas divorciadas, viúvas ou separadas, o estudo mostra que por estarem sozinhas, buscam companhia e acabam fazendo sexo desprotegido, e muitas vezes fazem sexo como moeda de troca para sua subsistência (KATAMBA; CHUNGU; LUSALE, 2020). Ademais, as pessoas privadas de liberdade demonstraram falta de conhecimento sobre transmissão e prevenção de IST, colocando-as como vulneráveis a coinfecção HIV/sífilis pela superlotação das celas, pelo compartilhamento de objetos contaminados e por relações sexuais desprotegidas que em sua grande maioria acontece sem o uso de preservativos (VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018).

O uso de álcool antes das relações sexuais se mostrou como fator de risco para coinfecção HIV/sífilis, causando desinibição durante as práticas sexuais, levando o indivíduo a prática do sexo desprotegido, que é fator preponderante para aquisição das IST (MAYER, 2011; ZHANG *et al.*, 2007). Além disso, evidenciou-se que os usuários de drogas recreativas não conseguem manter o controle sobre suas as práticas de sexo seguro durante os encontros sexuais, tendo várias recaídas em práticas de sexo inseguro (CHANG *et al.*, 2014). No que concerne ao uso de drogas injetáveis, mostra-se como fator de risco para coinfecção HIV/sífilis pelo compartilhamento das seringas (BADIE *et al.*, 2013; ZHANG *et al.*, 2007; GRIEMBERG *et al.*, 2006).

Acerca das mulheres em idade reprodutiva demonstrada no estudo, a idade variou entre 15 e 59 anos, evidenciando que pelas altas taxas de sífilis entre estas mulheres, elas seriam alvos para coinfecção com HIV (SOLOMON *et al.*, 2020). A falta de conhecimento sobre IST leva à falta de consciência sobre o risco inerente das relações sexuais desprotegidas, podendo culminar em coinfecções como a do HIV/sífilis (WENG *et al.*, 2019).

No que concerne a fatores relacionados aos comportamentos sexuais, a multiplicidade de parceiros destacou-se como fator predominante, pois facilita o aumento de IST (VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018; TSACHOURIDOU *et al.*, 2016; JOHNSTON *et*

al., 2013; ZHANG *et al.*, 2007; COHEN *et al.*, 2005). Ademais, o não uso do preservativo ocorre por estar diretamente ligado ao prazer e também porque alguns indivíduos em uso de TARV optam pelo não uso de preservativos nas suas relações sexuais, em virtude da redução da carga viral tornando-se indetectáveis, pelo uso da medicação (WENG *et al.*, 2019; POLANSKY; LEVI; MOR, 2019; TSACHOURIDOU *et al.*, 2016; ZHANG *et al.*, 2007).

Acerca das relações sexuais analisou-se que ocorrem, de um modo geral, intencionalmente sem o uso do preservativo, por ser considerada mais prazerosa, tendo maior probabilidade de coinfeção (POLANSKY; LEVI; MOR, 2019). Relações sexuais com parceiros casuais também foram evidenciadas como fator de risco, muito pela insegurança dos HSH infectados pelo HIV em divulgar sua condição aos parceiros sexuais, devido ao constrangimento que podem sofrer (POLANSKY; LEVI; MOR, 2019; VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018). A prostituição é relatada como fator de risco devido à alta frequência de relações sexuais desprotegidas e multiplicidade de parceiros sexuais (WENG *et al.*, 2019; VILLARROEL-TORRICO *et al.*, 2018; JOHNSTON *et al.*, 2013).

Clientes de profissionais do sexo são vulneráveis à coinfeção por não conhecerem o histórico sexual de seus parceiros (JOHNSTON *et al.*, 2013) e homens que fazem sexo anal receptivo podem se coinfetar pelas úlceras de sífilis que podem passar despercebidas devido ao fato de serem indolores e discretamente localizadas (HERNANDEZ *et al.*, 2017).

No que se refere aos fatores clínicos os estudos mostraram que os indivíduos com contagens de CD4 mais altas foram associados à coinfeção por sífilis entre HSH já infectados com HIV e que recebiam TARV (CHANG *et al.*, 2014), em parceiros com HIV os estudos mostram casos notáveis de coinfeção pelo HIV/sífilis, onde essa população tinha mais de 30 anos e um parceiro HIV positivo. A coinfeção de sífilis e HIV aumenta principalmente em grupos particulares de homens homossexuais com comportamento sexuais de alto risco (VALLMAYANS *et al.*, 2006). Ademais, as úlceras genitais e as lesões cutâneas ocorreram em HSH que estavam em tratamento com TARV, um dos sintomas da sífilis primária e que é altamente contaminante (TSACHOURIDOU *et al.*, 2016).

A respeito dos fatores farmacológicos a utilização da TARV se destaca como fator de risco principal da coinfeção HIV/sífilis, devido à melhora da imunidade dos indivíduos, ocorre o relaxamento dos cuidados, junto a prática do sexo desprotegido (TSACHOURIDOU *et al.*, 2016; HU *et al.*, 2014; BRANGER *et al.*, 2009). Outro fator é a adesão inadequada à TARV, devido ao esquecimento do uso do medicamento e não proteção nas relações sexuais pela confiança na medicação (POLANSKY; LEVI; MOR, 2019). O uso de medicamentos para

disfunção erétil e de metanfetamina é relacionado à aquisição do HIV e outras IST, a infecção concomitante de HIV/sífilis está mais diretamente relacionada ao uso dessas substâncias em conjunto com sexo desprotegido (MAYER, 2011).

5 CONCLUSÃO

Essa revisão permitiu a identificação de vários fatores de risco da coinfeção HIV/sífilis, com destaque para a população de HSH, multiplicidade de parceiros, não uso do preservativo, prostituição e estar em uso de TARV, indicando a necessidade de estratégias educativas para promoção e prevenção das IST, buscando identificar os principais fatores de risco que levam à coinfeção, a fim de propor medidas direcionadas e cuidados individualizados.

Pesquisas com esse enfoque poderão auxiliar os profissionais de saúde e os enfermeiros a realizarem promoção da saúde para esta população, de maneira a empoderá-la para o auto cuidado e para direcioná-la a buscar as intervenções necessárias a cada paciente, e quando necessário, acionar as redes sociais de apoio. Recomenda-se a realização de estudos que avaliem a eficácia de intervenções com esse propósito e a realização de mais estudos epidemiológicos sobre os fatores de risco para a coinfeção HIV/sífilis na população brasileira.

Uma limitação dessa revisão foi a ausência informações oficiais epidemiológicas sobre a coinfeção HIV/sífilis no Brasil, além de que a maioria dos estudos revisados neste trabalho, descrevem fatores de risco em populações estrangeiras.

REFERÊNCIAS

ADOLF, R. *et al.* Prevalence and risk factors associated with syphilis in a cohort of HIV positive individuals in Brazil. **AIDS Care**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 252-258, 24 jul. 2012. Disponível em: [sci-hub.se/10.1080/09540121.2011.597706](https://doi.org/10.1080/09540121.2011.597706). Acesso em: 4 out. 2020.

BADIE, J. *et al.* Prevalence survey of infection with *Treponema pallidum* among HIV-positive patients in Tehran. **Asian. Pac. J. Trop. Biomed.**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 334-336, abr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634935/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRANGER, J. *et al.* High incidence of asymptomatic syphilis in HIV-infected MSM justifies routine screening. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 36, n. 2, p. 84-85, fev. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18971797/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**, Brasília, DF, n. especial, dez. 2019c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, n. especial, out. 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CALLEGARI, F. M. *et al.* Sífilis e coinfecção por HIV em pacientes atendidos em um ambulatório de Aids em Vitória, Brasil. **AIDS e Comportamento**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 104-109, 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-013-0533-x>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CANTOR, A. G. *et al.* Screening for syphilis: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, [S.l.], v. 315, n. 21, p. 2328-2337, 7 jun. 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2526646>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CDC. **Fundamentals do HIV.** Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CHANG, Y. *et al.* Associated factors with syphilis among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men in Taiwan in the era of combination antiretroviral therapy. **J. Microbiol. Immunol. Infect.**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 533-541, Dec. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118213002077>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CHESSON, H. W. *et al.* Estimates of primary and secondary syphilis rates in persons with HIV in the United States, 2002. **Sexually transmitted diseases**, [S.l.], v. 32, n. 5 p. 265-269, 30 abr. 2005. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/15849526>. Acesso em: 4 fev. 2021.

COFEN. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: COREN-DF. **Legislação dos profissionais de enfermagem.** Brasília, DF: COREN-DF, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/C%C3%B3digo-de-%C3%89tica-dos-profissionais-de-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

COHEN, C. E. *et al.* Increasing detection of asymptomatic syphilis in HIV patients. **Sex. Transm. Infect.**, [S.l.], v. 81, n. 3, p. 217-219, jun. 2005. Disponível em: <https://sti.bmj.com/content/sextrans/81/3/217.full.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

GRIEMBERG, G. *et al.* High Prevalence of syphilis-HIV co-infection at four hospitals of the city of Buenos Aires, Argentina. **Rev. Argent. Microbiol.**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 134-136, jul./set. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2130/213016796005.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

HE, H. *et al.* Prevalence of syphilis infection and associations with sexual risk behaviours among HIV-positive men who have sex with men in Shanghai, China. **Int. J. STD AIDS**, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 410-419, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2XDwLrN>. Acesso em: 6 jun. 2020.

HERNANDEZ, I. *et al.* Syphilis and HIV/Syphilis Co-infection Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Ecuador. **Am. J. Men's Health**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 823-833, jul. 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675307/pdf/10.1177_1557988316680928.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

HU, Q. *et al.* Risk factors associated with prevalent and incident syphilis among an HIV-infected cohort in Northeast China. **BMC Infect. Dis.**, [S.l.], v. 14, n. 658, p. 1-10, Dec. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265485/pdf/12879_2014_Article_658.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

JOHNSTON, L. G. *et al.* HIV, syphilis and sexual risk behaviours among men who have sex with men in Agadir and Marrakesh, Morocco. **Sex. Transm. Infect.**, [S.l.], v. 89, p. 45-48, nov. 2013. Supl. 3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841752/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

KALICHMAN, S. C.; PELLOWSKI, J.; TURNER, C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. **Sex Transm Infect.**, [S.l.], v. 87, n. 3, p. 183-190, abr. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317792/pdf/nihms652449.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

KATAMBA, C.; CHUNGU, T.; LUSALE, C. HIV, syphilis and hepatitis B coinfections in Mkushi, Zambia: a cross-sectional study [version 2; peer review: 2 approved]. **F1000Research**, [S.l.], v. 8, jul. 2020. Disponível em: <https://f1000research.com/articles/8-562>. Acesso em: 4 fev. 2021.

LUPPI, C. G. *et al.* Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171678.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

MAYER, K. H. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. **Clin. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 53, p. S79-S83, Dec. 2011. Supl. 3. Disponível em: <https://bityli.com/1Dr5Y>. Acesso em: 4 out. 2020.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (ed.). **Prática baseada em evidências em enfermagem e saúde**: um guia para as melhores práticas. [S.l.]: Lippincott Williams e Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

OMS. **Estratégia global do setor de saúde para infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021**: para acabar com as DSTs. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

OPAS. Organização Mundial da Saúde pública novas estimativas sobre sífilis congênita. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, DF, 28 fev. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2TZXUTQ>. Acesso em: 31 maio 2020.

PEREIRA, D. M. *et al.* A importância do enfermeiro na prevenção das DST's com ênfase na sífilis na atenção primária. **Revista de Trabalhos Acadêmicos-Universo**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3eV22w5>. Acesso em: 23 mar. 2020.

POLANSKY, A.; LEVY, I.; MOR, Z. Risk factors of syphilis co-infection among HIV-infected men who have sex with men in Tel-Aviv, Israel. **AIDS Care.**, [S.l.], v. 31, n. 9, p. 1157-1161, set. 2019. Disponível em: sci-hub.se/10.1080/09540121.2019.1612006. Acesso em: 4 out. 2020.

SOLOMON, H. *et al.* Prevalence and correlates of active syphilis and HIV co-Infection among sexually active persons aged 15-59 years in Zambia: Results from the Zambia Population-based HIV Impact Assessment (ZAMPHIA) 2016. **PLoS One**, [S.l.], v. 15, n. 7, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706823/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SOUZA, B. C.; SANTANA, L. S. As consequências da sífilis congênita no binômio materno-fetal: um estudo de revisão. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracaju, v. 1, n. 3, p. 59-67, jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/746/440>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

SUDHARSHAN, S. *et al.* Ocular syphilis in patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the era of highly active antiretroviral therapy.

Indian. J. Ophthalmol., [S.l.], v. 68, n. 9, p. 1887-1893, set. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823409/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

TSACHOURIDOU, O. *et al.* Syphilis on the rise: A prolonged syphilis outbreak among HIV-infected patients in Northern Greece. **GERMS**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 83-90, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018389/pdf/germs-06-03-82.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

UNAIDS. Relatório global do UNAIDS sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à AIDS no Brasil. Estatísticas Globais sobre HIV 2019, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

VALL-MAYANS, M. *et al.* Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. **Medicina clínica**, [S.l.], v. 126, n. 3, p. 94-96, jan. 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775306718401>. Acesso em: 4 fev. 2021.

VILLARROEL-TORRICO, M. *et al.* Syphilis, human immunodeficiency virus, herpes genital and hepatitis B in a women's prison in Cochabamba, Bolivia: prevalence and risk factors. **Rev. Esp. Sanid. Penit.**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 47-54, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279188/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

WANG, L. *et al.* Prevalence and protective factors of HIV and syphilis infection among men who have sex with men in Northwest China. **J. Med. Virol.**, [S.l.], v. 92, n. 8, p. 1141-1147, ago. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31696951/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

WENG, R. *et al.* Compare HIV/syphilis infections between age groups and explore associated factors of HIV/syphilis co-infections among men who have sex with men in Shenzhen, China, from 2009 to 2017. **PLoS One**, [S.l.], v. 14, n. 10, p. 1-13, 3 out. 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/7f6o171>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ZHANG, X. *et al.* Risk factors of HIV infection and prevalence of co-infections among men who have sex with men in Beijing, China. **AIDS**, [S.l.], v. 21, p. S53-S57, dez. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18172392/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DA EQUIPE ENFERMAGEM DIANTE DE UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Milena Monte da Silva¹

Elaine Braga Rodrigues de Lima¹

Maria Elisomar da Cruz¹

Maria Cristiane Marques¹

Maisa Leitão de Queiroz¹

Luana Duarte Wanderley Cavalcante²

Vanessa da Frota Santos²

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Introdução: A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é um evento em que os batimentos cardíacos são interrompidos bruscamente, logo a respiração é afetada radicalmente e este paciente pode parar de respirar podendo chegar a óbito, principalmente se não identificado e prestado atendimento rapidamente. **Objetivo:** Revisar a literatura científica acerca das principais condutas de enfermagem frente a PCR. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e na *Biblioteca Scientific Electronic Library Online* (SciELO) nos meses de agosto a setembro de 2018. Utilizaram-se os descritores disponíveis no Descritores em Ciência e Saúde (DeCS): “Parada cardíaca” AND “Reanimação Cardiopulmonar” AND “Cuidados de enfermagem”. Incluíram-se publicações disponíveis na íntegra, em português, inglês e espanhol, sem recorte temporal e excluíram-se as monografias, dissertações, teses, editoriais e cartas ao editor, trabalhos duplicados e revisões de literatura. **Resultados:** Após os cruzamentos realizados, encontraram-se 585 artigos e a amostra foi composta de nove artigos, que foram organizados em três categorias temáticas: 1-Habilidades Técnicas, 2-Gerência de enfermagem e 3-Administração de medicamentos. Achou-se como principal categoria as Habilidades Técnicas destacando-se a identificação da PCR e a realização das manobras de ressuscitação. **Conclusão:** Concluiu-se que a equipe de enfermagem é essencial e tem papel fundamental durante a PCR, devido esse profissional poder atuar na prática em si e como instrutor de futuros enfermeiros.

Palavras-chave: Parada cardíaca. Cuidados de enfermagem. Reanimação cardiopulmonar.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada um grave problema de saúde pública que requer entendimento sobre suas causas, e formas de prevenção, buscando evitar as sequelas que podem acontecer (SOAR *et al.*, 2015). Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), os tipos mais comuns de PCR que ocorrem no meio intra-hospitalar são a Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e a Assistolia, sendo essas caracterizadas por baixa taxa de sobrevida e pior prognóstico (SBC, 2019).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a PCR afeta milhares de indivíduos em todo o mundo, cerca de 17,5 milhões de pessoas vão a óbito em decorrência de doenças que estão relacionadas ao sistema cardiovascular (BROWN *et al.*, 2015). De acordo com os dados divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), somente no Brasil, as doenças cardiovasculares matam 300 mil pessoas por ano (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017) e de acordo com o Ministério da Saúde (MS) cerca de 200.000 casos de parada cardíaca são registrados em todo o país (VANCINI-CAMPANHARO *et al.*, 2015).

Diante disso, todas as instituições de saúde devem ser alertadas sobre tal problema, uma vez que, 90% das vítimas de PCR correm risco iminente de morte. Para evitar tal desfecho o socorro deve ser precoce e eficiente (GONZALEZ *et al.*, 2013), já que, de acordo com o manual avançado de suporte básico de vida, uma compressão cardíaca realizada adequadamente pode dobrar, ou até mesmo triplicar as chances de sobrevivência (NACER; BARBIERI, 2015).

Diante de uma situação em que o paciente corre risco de morte devido a um evento fisiológico em que a atividade elétrica cardíaca deixa de funcionar, afetando a oferta do transporte de oxigênio para manter a atividade cerebral, faz-se necessário um atendimento imediato, pois o acometimento da PCR configura-se como uma das principais emergências em saúde na atualidade (VIEJO; GARCÍA; CHACÓN, 2017).

Portanto, o papel de enfermagem é primordial para preservar a vida desses pacientes, visto que tal profissional participa ativamente do processo de reanimação cardiopulmonar como parte integrante da equipe multidisciplinar, além de prestar assistência e cuidados no momento de pré-parada (como checagem de materiais e equipamentos) e pós-parada, auxiliando na sobrevida e redução das sequelas. O enfermeiro é responsável pelo planejamento da assistência

de enfermagem privativamente ao paciente grave com risco de morte, assim, estes profissionais devem possuir habilidades que os capacitem a prestar uma assistência de qualidade.

O profissional deve ter treinamento em situações de emergências, para agir com competência de acordo com a gravidade do caso, sendo necessário que o enfermeiro realize estudos sobre a temática. Diante disso, tal pesquisa vem colaborar com informações atuais sobre as principais condutas de enfermagem diante de uma PCR e demonstrar a relevância da equipe de enfermagem frente a essa emergência, servindo de subsídio para embasamento de pesquisas futuras.

Portanto, o objetivo do presente estudo é revisar a literatura científica acerca das principais condutas de enfermagem diante de uma Parada Cardiorrespiratória.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011) viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico de forma que o pesquisador se aproxime da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, seja capaz de identificar novos objetos de pesquisa.

Nesta revisão, optou-se por seguir, criteriosamente, as seis etapas preconizadas para o desenvolvimento desse tipo de estudo: seleção da questão norteadora da revisão; seleção das pesquisas que compõem a amostra da revisão; definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão, proporcionando exame crítico dos achados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Brasil (2015) relata o emprego de quatro passos para a formulação da pergunta de pesquisa, sendo descrito a representação de um acrônimo com a sigla “PICO”, que a letra “P” significa “Paciente”, “I” representa “Intervenção”, “C” significa a “Comparação” e “O” “Outcomes” que fecha o propósito baseado no desfecho final com as evidências.

Para a elucidação dos achados literários da íntegra formulou-se o seguinte questionamento: “Quais as principais condutas de enfermagem diante de uma Parada Cardiorrespiratória?”, onde o “P” representa os pacientes em PCR, o “I” são as intervenções de enfermagem aplicadas na PCR, o “C” não tem comparação e o “O” representa a PCR.

A busca eletrônica foi realizada por quatro revisoras de forma simultânea e independente durante os meses de agosto e setembro de 2018, em três bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED MEDLINE) e na Biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram incluídas publicações disponíveis na íntegra, eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem recorte temporal. Foram excluídos as monografias, dissertações, teses, editoriais e cartas ao editor, trabalhos duplicados e revisões de literatura.

Foram utilizados os seguintes descritores disponíveis no Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). “Parada cardíaca”, “Reanimação Cardiopulmonar” e “Cuidados de enfermagem”, nos idiomas inglês, português e espanhol, com uso do conector booleano *AND*. Para facilitar a coleta das informações foram realizados os seguintes cruzamentos: [“*Cardiopulmonary resuscitation*” *AND* “*Nursing care*”] e [“*Cardiac arrest*” *AND* “*Nursing care*”].

Foram realizadas as buscas nas bases de dados e os artigos encontrados foram analisados pelos títulos e pré-selecionados para a leitura de resumos no intuito de aplicar os critérios de inclusão e exclusão definidos no estudo. A partir dos cruzamentos realizados foram encontrados 585 artigos, sendo 96 do LILACS, 36 do SciELO e 453 da MEDLINE e a amostra foi composta de nove artigos. Foram excluídas 38 publicações duplicadas e 405 que não abordavam sobre a temática do estudo, pois tratavam de condutas médicas e de outros profissionais relacionadas à PCR, transplantes de órgãos, recém-nascido e gestantes em Unidade de Terapia Intensiva, distúrbios cardíacos, sofrimento da família frente a vítima de PCR.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os nove artigos selecionados foram lidos na íntegra e organizados em um quadro sinóptico (URSI; GAVÃO, 2006), assegurando a totalidade dos dados, originalidade das informações obtidas e normas éticas estabelecidas. A análise crítica dos estudos incluídos e a síntese dos dados extraídos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

Após o período da análise, os dados foram organizados de acordo com os níveis de evidências, uma vez que este estudo observa a importância de que a prática de enfermagem é enriquecida quando as evidências são concretas.

Os níveis de evidência foram determinados da seguinte forma: Nível I: Evidências oriundas de revisão sistemática e/ou metanálise na qual há inclusão somente de estudos clínicos

ou controlados e randomizados com delineamento adequado; Nível II: Evidências oriundas de estudos clínicos controlados randomizados com delineamento adequado; Nível III: Evidências oriundas de um único estudo controlado e randomizado com delineamento adequado; Nível IV: Evidências oriunda de um estudo caso-controle ou coorte com delineamento adequado; Nível V: Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII: Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (SOUSA *et al.*, 2017).

Os artigos após leitura analítica foram discutidos com embasamento da literatura científica acerca da temática, sendo respeitada a integridade dos mesmos e os direitos autorais, não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício desta pesquisa.

3 RESULTADOS

Como resultado do levantamento de dados foram selecionados nove artigos sobre a temática em questão. Os mesmos encontram-se expostos no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos segundo autor, ano, país de publicação, desenho do estudo, resultados e níveis de evidência. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Nº	Autor / Ano	País de Publicação	Desenho do Estudo	Resultados	Níveis de evidência
A1	Bertoglio <i>et al.</i> (2008)	Brasil	Estudo Transversal	Manutenção do carinho de parada Manuseio do DEA	VI
A2	Bellan, Araújo e Araújo (2010)	Brasil	Estudo de Coorte	Realização de manobras de ressuscitação Tomada de decisões para iniciar Reanimação Cardiopulmonar (RCP) Administração medicamentosa	IV
A3	Morais, Carvalho	Brasil	Estudo de Coorte	Realização das manobras de ressuscitação Monitorização cardíaca	IV

Nº	Autor / Ano	País de Publicação	Desenho do Estudo	Resultados	Níveis de evidência
	e Correia (2014)			Estabilização do paciente pós-parada Punção de acesso venoso Educação permanente	
A4	Moura <i>et al.</i> (2012)	Itália	Estudo de Coorte	Realização de manobras de ressuscitação Administração medicamentosa	IV
A5	Pereira <i>et al.</i> (2015)	Brasil	Estudo Transversal	Realização de manobras de ressuscitação Administração medicamentosa Abertura das vias aéreas	VI
A6	Sharon <i>et al.</i> (2015)	Estados unidos	Estudo Transversal	Identificação da PCR Orientação aos familiares	VI
A7	Lima e Invenção (2017)	Brasil	Estudo Transversal	Identificação da PCR Realização de manobras de ressuscitação Orientação aos familiares	VI
A8	Beccaria <i>et al.</i> (2017)	Brasil	Estudo Transversal	Realização das manobras de ressuscitação Administração Medicamentosa Educação permanente Solicitação de suporte avançado de vida	VI
A9	Espíndola <i>et al.</i> (2017)	Brasil	Estudo de Coorte	Abertura das vias aéreas Educação permanente Administração medicamentosa	IV

Fonte: elaborado pelas autoras.

Com relação aos anos de publicações, variou de 2008 a 2017. Nota-se um aumento do volume de produções com o decorrer dos anos, assim temos como resultado o maior percentual de obras no decorrer de 2017 com três obras produzidas (A7, A8, A9).

No que se refere ao local de publicação, sete foram no Brasil (A1, A2, A3, A5, A7, A8, A9), seguidas por uma na Itália (A4) e um nos Estados Unidos (A6). Tal achado aponta que as obras brasileiras estão buscando enfatizar em seu conteúdo o papel que o enfermeiro desempenha frente a PCR. No tocante ao nível de evidência encontrado nos artigos selecionados prevaleceu o nível IV com 5 artigos (A2, A3, A4, A6, A9), os quais utilizaram a metodologia com base no estudo transversal.

Após leitura e análise, os achados foram agrupados em três categorias temáticas listadas a seguir: 1 – Habilidades técnicas; 2 – Gerência de Enfermagem e 3 – Administração de Medicamentos.

Em relação as categorias temáticas, houve predominância de artigos que abordaram sobre a categoria 1 – Habilidades Técnicas. Dentre essas habilidades têm-se a identificação da PCR (A2, A6, A7), realização das manobras de ressuscitação de PCR (A2, A3, A4, A5, A6, A8), monitorização cardíaca (A3), abertura das vias aéreas (A5, A9), estabilização do paciente pós-parada (A3), manuseio do DEA (A1), solicitação de suporte avançado de vida (A8) e punção de acesso venoso (A3).

Cinco artigos abordaram sobre a categoria 2 que versa sobre a Gerência de Enfermagem. Dentro dessa categoria abordou-se a tomada de decisões para iniciar a RCP (A2), a manutenção do carinho de parada (A1), a educação permanente (A8; A9) e a orientação dos familiares (A6, A7). Com relação a categoria 3 os artigos abordaram sobre administração dos fármacos (A2, A4, A5, A8, A9).

4 DISCUSSÃO

Em relação às habilidades técnicas, observou-se que o enfermeiro possui papel essencial e determinante na identificação da PCR, pois esses são normalmente os primeiros a se depararem com essas condições e prestaram os primeiros cuidados (BECCARIA *et al.*, 2017). A equipe de enfermagem é primordial para reconhecer os sinais e sintomas percussores da PCR e o modo de agir dos enfermeiros influencia na rapidez, na tomada de decisão e no nível de atendimento do restante da equipe (PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018). Cabe à enfermagem reconhecer as alterações apresentadas pelos pacientes antes da parada cardiorrespiratória possibilitando um atendimento precoce, podendo prevenir a PCR em algumas situações (MOURA *et al.*, 2012).

Dentre os sintomas que precedem a PCR tem-se dor torácica, sudorese, palpitações precordiais, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, sinais de baixo débito cardíaco (ROCHA *et al.*, 2012), ausência de resposta do paciente, rebaixamento total do nível de consciência, ausência de respiração espontânea, ausência de pulso ou qualquer outro sinal de circulação. Reconhecer esses sinais e sintomas é fundamental para a identificação do paciente em PCR, assim como a falta de conhecimento influencia negativamente em todo o atendimento podendo ocasionar um pior prognóstico para o paciente (PEREIRA *et al.*, 2015).

Durante a identificação da PCR o enfermeiro deve realizar a avaliação quanto ao nível de consciência, respiração; ouvir e sentir se há saída de ar, abrir as vias aéreas; avaliar a presença de pulso dando preferência à via carótida; observar a movimentação torácica e colocar o paciente sob monitoramento (ROCHA *et al.*, 2012). A abertura das vias aéreas é uma das medidas fundamentais para aumentar a sobrevivência do paciente e é realizada com sucesso pelo enfermeiro (ESPÍNDOLA *et al.*, 2017).

Geralmente, os profissionais de enfermagem ao se depararem com uma PCR iniciam as manobras de ressuscitação enquanto solicitam e esperam a equipe do Suporte Avançado de Vida (SAV) chegar (BERTOGLIO *et al.*, 2008; ROCHA *et al.*, 2012; LIMA; INVENÇÃO 2017). Desse modo, é importante que estejam preparados para acionar a equipe no processo de reanimação (LUCENA; SILVA, 2017; PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018).

O SAV tem como característica a manutenção do Suporte Básico de Vida (SBV), uso de manobras invasivas de maior complexidade, administração de medicamentos e tratamento das causas da PCR, devendo ser realizado exclusivamente por médicos e enfermeiros (BECCARIA *et al.*, 2017). O SAV consiste nos seguintes passos: intubação orotraqueal, avaliação e fixação de cânula, acesso venoso, monitorização, administração de fármacos e avaliação do ritmo cardíaco (PEREIRA *et al.*, 2015).

As manobras de reanimação devem ser iniciadas pela equipe de enfermagem, enquanto aguarda o suporte avançado chegar (BERTOGLIO *et al.*, 2008; RIEGEL *et al.*, 2015), sendo de extrema importância capacitar os profissionais continuamente para a realização das manobras de RCP, objetivando aumentar a chance de sobrevivência da vítima (MORAIS; CARVALHO; CORREIA, 2014). Para que essa ação seja adequada é necessário que os enfermeiros detenham o conhecimento sobre o atendimento de emergência, a patologia e suas características sabendo identificar os sinais da parada para intervir de forma eficaz (LUCENA; SILVA, 2017).

A RCP é uma técnica que combina ventilação de resgate e compressões externas torácicas para oxigenar e circular o sangue (PEREIRA *et al.*, 2015). A relação entre compressão e ventilação deve ser de 30:2 e foi identificado em um estudo realizado com enfermeiros na cidade de São Paulo, que apenas 60% deles responderam corretamente sobre essa relação (BECCARIA *et al.*, 2017), como isso, reforça-se a importância do conhecimento do enfermeiro acerca dos componentes de uma RCP (LUCENA; SILVA, 2017).

O diagnóstico mediato da PCR somente é possível por meio da monitorização cardíaca do eletrocardiograma, para identificar arritmias fatais (RIEGEL *et al.*, 2015). A identificação de um paciente em deterioração mediante a monitorização contínua poderia prevenir a PCR e a equipe de enfermagem é primordial na detecção desses sinais, incluindo os sinais vitais e conhecendo o ritmo cardíaco (PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018), sendo o enfermeiro responsável por fazer o diagnóstico diferencial, assim, dentre suas ações tem-se examinar o ritmo cardíaco por meio de monitorização (ROCHA *et al.*, 2012).

Reconhecer o ritmo cardíaco por meio de monitorização com eletrocardiograma agiliza o atendimento para a desfibrilação nos casos de PRC por FV (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010). A monitorização cardíaca é um recurso disponível em áreas mais críticas, nas quais a equipe de enfermagem é treinada para reconhecer além de ritmos da PCR outras arritmias importantes (BERTOGLIO *et al.*, 2008), sendo a monitorização cardíaca uma das condutas de enfermagem prestadas às vítimas que se destaca (PEREIRA *et al.*, 2015).

Para uma conduta eficaz faz-se necessário conhecer o protocolo correto para o atendimento da PCR, onde os profissionais devem manter tranquilidade para a realização das manobras, circulação, oferta de ventilação e reunir material e equipamentos necessários para a estabilização do paciente pós-parada (CALLAWAY *et al.*, 2015). Porém, a equipe de enfermagem apresenta um desconhecimento significativo em relação aos conceitos, a identificação da PCR, a sequência atual do SBV e até mesmo os principais fármacos a serem administrados (ROCHA *et al.*, 2012).

É necessário que a equipe de enfermagem saiba reconhecer os ritmos cardíacos, pois para os ritmos chocáveis a desfibrilação é o procedimento primordial e deve ser realizada o mais rápido possível (RIEGEL *et al.*, 2015), sendo a enfermagem responsável pela utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA) (PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018) e verificação do funcionamento do mesmo no início de cada jornada de trabalho (ROCHA *et al.*, 2012).

Uma das condutas iniciais durante a PCR é a instalação de acesso venoso no paciente para início da terapia farmacológica, que são utilizadas até que se alcance bom pulso e fique mantida uma oxigenação cerebral eficiente (PEREIRA *et al.*, 2015), cabendo ao enfermeiro monitorar a circulação do paciente e obter acesso venoso e administração de medicamentos (LUCENA; SILVA, 2017).

Após a reanimação bem-sucedida, o enfermeiro precisa controlar rigorosamente os sinais vitais, bem como estar atento a qualquer sinal de deterioração clínica (BECCARIA *et al.*, 2017), além disso, o prognóstico do paciente pode ser melhorando com o uso de hipotermia terapêutica como uma temperatura alvo confiável e redução da fração inspirada de oxigênio (PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018), sendo o enfermeiro responsável por implementar essas medidas para manter a estabilização do paciente pós parada (LUCENA; SILVA, 2017).

Além dessas funções o enfermeiro é responsável pelo gerenciamento da equipe, ofertar treinamento sobre protocolos atualizados, identificação dos pacientes com risco de PCR, realização de anotações referentes ao atendimento da PCR, apoio e orientação aos familiares (MORAIS; CARVALHO; CORREIA, 2014).

O enfermeiro deve ser o facilitador do processo de atendimento durante a PCR, comandando as etapas de reanimação (BECCARIA *et al.*, 2017), por meio do preparo e organização do ambiente e do provimento de recursos humanos e materiais a serem usados, devendo checar pontos que possam vir a interferir durante a PCR, como ambiente clínico, causas da PCR, manobras e normas técnicas, e checklist dos equipamentos (CITOLINO FILHO, 2015). Ele atua como administrador, educador do processo de treinamento e técnica e articulador da equipe multiprofissional (PEREIRA *et al.*, 2015). Sendo de sua responsabilidade a coordenação das ações de enfermagem a serem realizadas durante a PCR, pois ele é o líder de sua equipe e para que essa liderança se exerça é necessário que todos conheçam suas atribuições (LUCENA; SILVA, 2017; ROCHA *et al.*, 2012).

A enfermagem tem como papel primordial o de educador, devendo manter-se atualizada diante das inovações teóricas, práticas e tecnológicas em relação à saúde, uma vez que a sobrevivência do paciente está intimamente ligada às habilidades do profissional que lhe presta atendimento, devendo este estar capacitado e habilitado. O autor ainda complementa afirmando que o enfermeiro deve conhecer todos os protocolos de reanimação cardiovascular e as atualizações, visto que as condutas preliminares da PCR são iniciadas por esse profissional, porém, na sua formação acadêmica os conteúdos teóricos e práticos relacionados a PCR e as

manobras de RCP são ministradas de forma superficial, limitada e que muitas vezes não supre as necessidades dos alunos, deixando um déficit de subsídios e embasamento teórico para os profissionais (PEREIRA *et al.*, 2015).

Os profissionais devem buscar aprimoramento e entender o compromisso técnico, ético e social implícito quanto sua escolha profissional e devem fundamentar-se em constantes aperfeiçoamentos técnico-científico para cumprirem o princípio fundamental de sua profissão, inclusive fornecendo a capacitação de toda a equipe de enfermagem (LUCENA; SILVA, 2017). Faz-se necessário que os treinamentos sejam constantes, para garantir o sucesso do atendimento, de forma eficaz (BERTOGLIO *et al.*, 2008; LUCENA; SILVA, 2017; ROCHA *et al.*, 2012).

Nota-se que apesar da importância do treinamento, muitos enfermeiros encontram-se desatualizados diante dos protocolos para essa urgência. Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul foi evidenciado o déficit de conhecimento teórico dos profissionais de enfermagem em relação a PCR e RCP, pois muitos se baseavam em diretrizes de 2000 e 2010 (BECCARIA *et al.*, 2017). Outro estudo indica que há uma deterioração das habilidades de RCP a partir da oitava semana após o treinamento, com consequente déficit de conhecimento em torno do sexto mês (BERTOGLIO *et al.*, 2008), sendo importante assim, a implementação de uma educação permanente, continuada e constante.

Ao enfermeiro também é atribuído a responsabilidade da provisão do carrinho de parada e a sua manutenção deve ser realizada constantemente verificando lacres, testando DEA e conferindo as medicações (ROCHA *et al.*, 2012). Além disso, esse profissional deve dar suporte à família do paciente e orientá-lo acerca de questões burocráticas e sobre a patologia do paciente, além de oferecer apoio psicológico (LIMA; INVENÇÃO, 2017).

No tocante a administração de medicamentos, uma prática comum na profissão do enfermeiro, há necessidade do conhecimento teórico e prático sobre as vias de administração, ação dos fármacos, efeitos adversos, além da pontualidade durante a checagem dos medicamentos (PINHEIRO; SANTOS JÚNIOR; PINHEIRO, 2018).

De acordo com o protocolo de SAV (BRASIL, 2016) algumas drogas são de extrema importância, devendo ser administradas para minimizar os eventos indesejados da PCR, favorecendo o retorno da circulação espontânea. As principais drogas são utilizadas em conjunto com as manobras de RCP e contribuem para a regularização do ritmo cardíaco, sendo utilizados para a manutenção do funcionamento satisfatório do sistema cardiorrespiratório

(ROCHA *et al.*, 2012), correção da hipóxia e acidose metabólica, aumento da perfusão durante a compressão torácica e estímulo da contração do miocárdio (PEREIRA *et al.*, 2015).

A droga mais comumente utilizada em uma PCR, segundo o SAV (BRASIL, 2016), na rotina do profissional de enfermagem é a adrenalina. A vasopressina é outra droga bastante recomendada, pois possui forte ação vasoconstritora, podendo causar menos efeitos negativos ao sistema cardíaco, sendo recomendada como droga de auxílio no controle e reversão da FV/TV sem pulso. Quando ocorrem eventos como hipocalcemia, hipercalemia ou hipermagnesemia são utilizados sais de cálcio ou cloreto de cálcio. O sulfato de magnésio deve ser realizado em pacientes com FV ou TV refratária e recorrente associadas à hipomagnesemia.

Outras drogas utilizadas podem ser epinefrina, sulfato de atropina e cloridrato de amiodarona. Porém, vale ressaltar que apesar da atropina possuir efeito de bloqueio vagal, é usada nas bradicardias acentuadas e nos bloqueios atrioventriculares. Com a divulgação das diretrizes para atendimento cardiovascular de emergência de 2010, a atropina deixou de ser uma droga de escolha para atendimento da PCR (BRASIL, 2016).

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a equipe de enfermagem tem papel fundamental durante a PCR, por meio de seus cuidados prestados a essas vítimas, sendo que esses profissionais são essenciais para identificar e atender uma parada cardiorrespiratória, tomar decisões para iniciar o atendimento, promover a sistematização da assistência de enfermagem, gerenciar a equipe, promover educação permanente e prestar cuidados com a medicação.

Achou-se como principal categoria de atuação da equipe de enfermagem as suas Habilidades Técnicas, destacando-se a realização das manobras de ressuscitação precocemente, sendo o enfermeiro o responsável pelo início dessas manobras.

Como limitações para esse trabalho tivemos poucas produções literárias que abordassem as condutas de enfermagem frente a PCR, talvez pelo tempo restrito e pela busca ter sido realizada em apenas três bases de dados, o que limita o número de artigos para amostra, dificultando a coleta e análise dos dados para esta pesquisa.

Conclui-se que esse é um tema de grande importância para a enfermagem, pois traz o enfoque nas condutas que devem ser prestadas por esses profissionais durante uma PCR. É uma temática rica tendo um leque de possibilidades para serem discutidas, como a falta de atualização da equipe de enfermagem no SBV e SAV, visto que a produção científica é a base

para uma boa qualificação e para um embasamento teórico eficaz. Assim, sugere-se que sejam desenvolvidos treinamentos de atualização do SBV e SAV, seguido por um feedback para avaliar o conhecimento absorvido pelos mesmos e a eficácia dos treinamentos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização da Diretrizes de RCP a ACE. [S.l.: s.n.], 2015.

BECCARIA, L. M. *et al.* Conhecimento teórico da enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiocerebral em unidade de terapia intensiva. **Revista Cuidado e enfermagem**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 51-58, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/7%20Artigo%20Conhecimento%20Enfermagem%20Parada%20cardiorrespirat%C3%B3ria%20PCR.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 1019- 1027, nov./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/23.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BERTOGLIO, V. M. *et al.* Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 454-460, set. 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6774/4077>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>. Acesso em: 4 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BROWN, C. A. *et al.* Techniques, Success, and Adverse Events of Emergency Department Adult Intubations. **Annals of Emergency Medicine**, San Francisco, v. 65, n. 4, p. 363- 370, 2015. Disponível em: <https://aimeairway.ca/uploads/articles/11.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CALLAWAY, C. W. *et al.* Part 8: Post–Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 132, p. 465-482, 3 nov. 2015. Supl. 3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26472996/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

CITOLINO FILHO, C. M. C. *et al.* Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 907-913, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0908.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

ESPÍNDOLA, M. C. M. *et al.* Parada cardiorrespiratória: conhecimento dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 7, p. 2773-2778, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23452/19162>. Acesso em: 4 fev. 2021.

GONZALEZ, M. M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013. Supl. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a01.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

LIMA, A. R.; INVENÇÃO, A. S. S. Atuação do enfermeiro na parada cardiorrespiratória em uma unidade de pronto atendimento (upa). **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, Santos, v. 14, n. 36, jul./set. 2017. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/896/u2017v14n36e896>. Acesso em: 4 fev. 2021.

LUCENA, V. S.; SILVA, F. L. Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória: um desafio permanente para o enfermeiro. **Revista Científica Fac Mais**, [S.l.], v. 11, n. 4, dez. 2017.

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.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; CORREA, A. R. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 562-568, jul./ago. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00562.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

MOURA, L. T. R. *et al.* Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 419-427, 2012. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12435/1/2012_art_ltrmoura.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

NACER, D. T.; BARBIERI, A. R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, [S.l.], v. 17, n. 3, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/30792>. Acesso em: 4 fev. 2021.

PEREIRA, D. S. *et al.* Atuação do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória (PCR). **REBES**, Pombal, v. 5, n. 3, p. 08-17, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/3583/3210>. Acesso em: 4 fev. 2021.

PINHEIRO, D. B. S.; SANTOS JÚNIOR, E. B.; PINHEIRO, L. S. B. Parada cardiorrespiratória: vigilância, prevenção e cuidados após PCR. **Rev. Fund. Care. Online**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 577-584, abr./jun. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6489/pdf_1. Acesso em: 4 fev. 2021.

RIEGEL, F. *et al.* Nursing care patient with stop cardiorespiratory: experience report. **Revista cuidado em enfermagem (CESUCA)**, Cachoeirinha, v. 1, n. 1, p. 40-47, ago. 2015. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revistaenfermagem/article/view/862/650>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ROCHA, F. A. S. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro RECOM**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 141-150, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/100/265>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SBC. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v113n3/0066-782X-abc-113-03-0449.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SHARON, C. O. *et al.* Nurses' Perceptions of Role, Team Performance, and Education Regarding Resuscitation in the Adult Medical-Surgical Patient. **MEDSURG Nurs.**, [S.l.], v. 24, n. 5, p. 309-317, set./out. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26665866/>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1/pt_0066-782X-abc-20170068.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

SOAR, J. *et al.* European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3: Adult advanced life support. Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. **American Heart Association**, [S.l.], v. 95, p. 100-147, out. 2015. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00328-7/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00328-7/fulltext). Acesso em: 4 fev. 2021.

SOUSA, L. M. M. *et al.* **Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem**. [S.l.: s.n.], 2017.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenções de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. *et al.* One-year follow-up of neurological status of patients after cardiac arrest seen at the emergency room of a teaching hospital. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 183-188, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0183.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

VIEJO, R.; GARCÍA, C.; CHACÓN, S. Tratamento de emergência para parada cardíaca traumática: fatores prognósticos e desfecho hospitalar. **Emergências**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 87-92, 2017.

CAPÍTULO 3

INFLUÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: REVISÃO INTEGRATIVA

Maisa Leitão de Queiroz¹

Maria Rozenilda Magalhães¹

Samila da Silva Costa¹

Simone Pereira de Araujo¹

Hellen de Oliveira dos Santos¹

Edglesy Carneiro Aguiar²

Vanessa da Frota Santos³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - Ceará

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Conhecer as publicações científicas acerca das implicações que o consumo de álcool acarreta para o tratamento da tuberculose. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo de revisão integrativa da literatura, realizado nas bases de dados virtuais Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BIREME), *Medical Literature and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed) e nas bibliotecas *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Cochrane, durante os meses de agosto a setembro de 2018, onde foram empregados os descritores controlados: “Tuberculose” e “Alcoolismo”. Obteve-se uma amostra de 21 artigos. **Resultados e Discussões:** Observou-se que o consumo de álcool predispõe para o abandono, interrupção e não adesão ao tratamento, estando relacionado ainda, com a presença de intolerância medicamentosa, prolongamento do tratamento e aumento dos índices de mortalidade. **Conclusão:** A ingestão de álcool funciona como fator de risco para o não seguimento terapêutico da TB, pois favorece a aquisição de novos hábitos de vida que interferem negativamente nesse contexto.

Palavras-chave: Tuberculose. Alcoolismo. Promoção da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada um grave problema mundial de saúde pública que não alcança as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no que se diz respeito ao abandono do tratamento e em relação ao percentual de cura (LOPES *et al.*, 2014). É uma doença estigmatizante, crônica e de grande impacto social, que apresenta alta carga de infecção nos países subdesenvolvidos, o que justifica a elaboração de políticas públicas, que têm por objetivo a quebra da cadeia de transmissão do bacilo (PEDRO *et al.*, 2014).

A incidência da doença prevalece na população mais vulnerável socialmente, nas pessoas de cor negra, do sexo masculino, inseridos no mercado de trabalho, de baixo nível socioeconômico e escolar, sendo influenciada pelos determinantes sociais (BELITO-DE LA CRUZ *et al.*, 2014; RÊGO *et al.*, 2015). Assim como outras doenças, a TB tem populações mais propícias a desenvolverem a infecção, que são representadas pelas pessoas que vivem em situação de rua, privadas de liberdade, população indígena, grupo ocupacional e os imunossuprimidos (PEDRO *et al.*, 2014).

Devido tratar-se de uma infecção com grandes chances de cura e que apresenta alto grau de disseminação e prevalência, a OMS preconiza taxas de abandono ao tratamento menores que 5%, tratamento e cura de 90% dos casos diagnosticados, esses diagnósticos devem ser realizados em tempo oportuno e em pelo menos 90% dos casos e a mortalidade deve ser reduzida (pelo menos 5% de óbitos), tendo essas propostas, o objetivo de eliminar a transmissão de TB no mundo (BRASIL, 2017).

Segundo a OMS, em 2016, o cenário epidemiológico contou com 10,4 milhões de casos de TB mundialmente e 1,3 milhões de óbitos, já no Brasil, em 2017, foram detectados 69.569 casos novos e 13.347 casos de retratamento da doença no país (BRASIL, 2018), ocupando assim o 18º lugar no que se refere a carga da doença a nível mundial (BRASIL, 2016). No estado do Ceará, foram descritos 3.565 casos no ano de 2016 e 3.653 em 2017. Na cidade de Fortaleza de 2016 para 2017 a incidência sofreu redução de 21 casos, sendo respectivamente 1.687 e 1.666 casos novos da doença (CEARÁ, 2018).

A TB é uma doença crônica de difícil controle e adesão aos fármacos, que pode ser influenciada por vários fatores, favorecendo para um mal prognóstico da infecção, dentre os quais destaca-se o consumo de bebidas alcoólicas (COUTO *et al.*, 2014). O álcool funciona como fator de risco para o insucesso da terapêutica proposta, devido aos hábitos de vida apresentados pelos consumidores, propiciando situações que podem favorecer a não adesão

medicamentosa e o abandono da terapêutica por parte do doente, aumentando o risco de transmissão do bacilo (SOARES *et al.*, 2014).

Nesses casos a adoção do Tratamento Diretamente Observado (TDO) pode contribuir para diminuição da baixa adesão terapêutica, pois o mesmo propicia o acolhimento efetivo do paciente devido levar em consideração as características inerentes de cada pessoa. Desse modo essa estratégia favorece o estabelecimento de vínculos entre usuários e a equipe de saúde, influenciando positivamente na conclusão do tratamento (COELHO *et al.*, 2018).

Essa estratégia é bastante indicada para os pacientes que fazem tratamento com antituberculosstáticos e são consumidores de álcool, uma vez que este funciona como preditor de mau prognóstico para o caso, podendo acarretar não adesão ao tratamento, abandono, falência terapêutica e resistência aos fármacos, tornando essa realidade bem complexa e com poucas chances de obter um bom prognóstico (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

Portanto, para que se alcance um atendimento integral e humanizado, faz-se necessário o desenvolvimento de um plano de cuidados que integre as duas problemáticas e atenda a realidade do paciente, onde não haja nenhuma forma de julgamento, pois os consumidores de álcool têm os mesmos direitos que aqueles que não fazem uso, merecendo ser respeitados e atendidos de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (RÊGO *et al.*, 2015).

Nesse contexto, deve-se levar em consideração todas as características pertinentes aos pacientes que se encontram no tratamento da tuberculose e que fazem o uso de álcool, fazendo-se necessário o acompanhamento desses indivíduos de forma integral e livre de discriminações. Para uma conduta eficaz, o profissional de saúde deve ser capaz de reconhecer os fatores de risco para o desenvolvimento e para o tratamento da TB além de ter a sensibilidade para tornar o paciente sujeito ativo e protagonista do seu processo de tratamento e cura (COUTO *et al.*, 2014).

Diante disso, surge a figura do profissional de enfermagem e sua importância no acompanhamento e tratamento do paciente com TB e que faz uso de álcool, devido essa população se mostrar mais vulnerável ao não seguimento do tratamento e passíveis de desenvolverem agravos, piorando seu quadro clínico e aumentando os riscos de morbimortalidade, o que justifica o desenvolvimento da presente pesquisa.

O estudo poderá servir de subsídio para a elaboração de políticas públicas direcionadas para o público em questão buscando reduzir o consumo de tal substância e alcançar as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A enfermagem nesse contexto mostra-se importante devido elaborar e realizar educação em saúde direcionadas a esse público, promovendo sua

saúde. Assim, o estudo teve como objetivo analisar as produções científicas acerca da influência do consumo de álcool no tratamento para tuberculose. Com a presente pesquisa, buscou-se responder a seguinte problemática: Qual a influência do consumo de álcool no tratamento da Tuberculose?

2 METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, a qual se baseou nos conhecimentos científicos disponíveis nas bases de dados e que teve por finalidade reunir e incorporar os diversos elementos pesquisados, favorecendo assim, para o reconhecimento de informações relevantes, uma melhor análise dos dados coletados, um melhor direcionamento da pesquisa e para a atualização dos conhecimentos dos profissionais (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa foi composta por seis fases que correspondem respectivamente e ordenadamente a elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos na pesquisa, discussão dos resultados encontrados e apresentação da revisão integrativa (URSI; GAVÃO, 2006).

Buscou-se responder à seguinte questão norteadora: “Qual a influência do consumo de álcool no tratamento da Tuberculose? ”, formulada com base na estratégia PICO, na qual, cada letra da sigla corresponde a elementos fundamentais para a elaboração da pergunta de pesquisa, sendo que o “P” corresponde ao paciente, o “I” a intervenção, o “C” a comparação e o “O” ao desfecho (*Outcome*), contribuindo assim para a elaboração de uma questão bem estruturada e para uma pesquisa mais direcionada (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). No presente estudo o “P” refere-se ao paciente em tratamento para TB, “I” diz respeito ao álcool, “C” é a “comparação” que no estudo não houve e o “O” faz referência ao tratamento da TB.

A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de agosto e setembro de 2018 nas seguintes bases de dados, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS/BIREME), *Medical Literature and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed) e nas bibliotecas *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Cochrane.

Foram incluídas as publicações que retratavam o uso de álcool e o tratamento da tuberculose, independente do idioma e ano de publicação. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de livro, artigos de opinião, cartas, monografias, documentos de projetos,

apresentações em congressos, publicações repetidas e artigos que não responderam a pergunta norteadora da pesquisa.

A busca eletrônica foi realizada por quatro revisoras de forma simultânea nos meses de agosto e setembro de 2018, nas quatro bases de dados citadas anteriormente. Na estratégia de busca utilizaram-se os seguintes descritores controlados: “Tuberculose” e “Alcoolismo” disponíveis no *Medical Subject Headings* (MeSH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nos idiomas português, inglês e espanhol, com uso do operador booleano *AND*.

A partir do cruzamento realizado foram levantadas 1233 publicações, sendo pré-selecionados 364 artigos, após leitura de títulos e resumos. Foram excluídas 1212 publicações, dentre as quais 26 estavam duplicadas e 317 não atenderam a pergunta norteadora da pesquisa, uma vez que abordavam as seguintes temáticas: incidência e prevalência da TB, TB multirresistente, coinfeção com HIV e incidência e prevalência do alcoolismo. A amostra final consistiu em 21 artigos, sendo 10 retiradas da MEDLINE/PubMed, quatro do LILACS-BIREME e sete da SciELO.

Os dados foram analisados mediante tradução e leitura dos artigos na íntegra, por quatro autores de forma independente. As informações foram transcritas e organizadas em um instrumento validado (URSI; GAVÃO, 2006), que possui informações como autoria, ano, local onde o estudo foi realizado, tipo de estudo, resultados e níveis de evidência.

Para a análise dos níveis de evidência utilizaram-se as sete classificações sugeridas por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), em que os estudos são classificados em: Nível I - revisões sistemáticas ou metanálise, Nível II - ensaio clínico aleatorizado controlado bem delineado, Nível III - ensaios clínicos sem aleatorização, Nível IV - estudos de coorte e de caso-controle, Nível V - revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos, Nível VI - único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII - opiniões de autoridade e/ou relatórios de comitês de especialista.

Discutiram-se os achados com embasamento na literatura científica acerca da temática, sendo respeitada a integridade dos artigos e os direitos autorais, não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício desta pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos, Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Fonte: elaborada pelas autoras.

3 RESULTADOS

Quanto a caracterização dos estudos, o ano de publicação variou de 2003 a 2017, sendo que 12 (57,1%) (BARROSO *et al.*, 2003; ALBUQUERQUE *et al.*, 2007; PELAQUIN; SILVA; RIBEIRO, 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; OROFINO *et al.*, 2012; CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011; BRAGA *et al.*, 2012; GARRIDO *et al.*, 2015; COUTO *et al.*, 2014; SILVA; MOURA; CALDAS, 2014; SILVA *et al.*, 2017) foram realizados no continente Américoano, quatro (19%) (ANIBARRO *et al.*, 2004; KLIIMAN; ALTRAJA, 2009; SIEMION-SZCZEŚNIAK; KUŚ, 2012; PRZYBYLSKI; DĄBROWSKA; TRZCIŃSKA, 2014) no continente Europeu, quatro (19%) (HASKER *et al.*, 2008; BHAGAT; GATTANI, 2010; THAPA *et al.*, 2014; DURAISAMY *et al.*, 2014) no

continente Asiático e um (4,7%) (PELTZER; LOUW, 2014) no continente Africano (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos estudos quanto ao autor, ano, local do estudo, tipo do estudo e resultados encontrados. Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Autor/Ano	Local do estudo	Tipo de estudo	Resultados
Barroso <i>et al.</i> (2003)	Brasil	Estudo Retrospectivo e Prospectivo	Abandono do Tratamento
Anibarro <i>et al.</i> (2004)	Espanha	Estudo de Coorte Retrospectivo	Abandono do tratamento
Albuquerque <i>et al.</i> (2007)	Brasil	Estudo de Coorte	Abandono do Tratamento
Pelaquin, Silva e Ribeiro (2007)	Brasil	Estudo Transversal	Risco aumentado de mortalidade
Vieira e Ribeiro (2008)	Brasil	Estudo de Coorte Longitudinal	Abandono do Tratamento
Hasker <i>et al.</i> (2008)	Uzbequistão	Estudo de Caso-Controle	Interrupções no Tratamento
Kliiman e Altraja (2009)	Estônia	Estudo de Coorte Retrospectivo	Interrupções no Tratamento
Bhagat e Gattani (2010)	Índia	Estudo de Coorte Retrospectivo	Interrupções no Tratamento
Orofino <i>et al.</i> (2012)	Brasil	Estudo de Coorte Longitudinal	Abandono do Tratamento
Campani, Moreira e Tietbohel (2011)	Brasil	Estudo de Caso-Controle	Abandono do Tratamento
Silva, Lafaiete e Donato (2011)	Brasil	Estudo Transversal	Prolongamento do tratamento
Braga <i>et al.</i> (2012)	Brasil	Estudo de Caso-Controle	Abandono do Tratamento
Garrido <i>et al.</i> (2015)	Brasil	Estudo de Coorte Retrospectivo	Abandono do Tratamento

Autor/Ano	Local do estudo	Tipo de estudo	Resultados
Siemion-Szcześniak e Kuś (2012)	Polônia	Estudo de Coorte Retrospectivo	Não adesão ao Tratamento
Thapa <i>et al.</i> (2014)	Índia	Estudo Transversal	Não adesão ao Tratamento
Duraisamy <i>et al.</i> (2014)	Índia	Estudo de Coorte Retrospectivo	Interrupções no Tratamento
Przybylski, Dąbrowska e Trzcińska (2014)	Polônia	Estudo de Coorte Retrospectivo	Interrupções no Tratamento
Peltzer e Louw (2014)	África do Sul	Estudo de Coorte Prospectivo	Não adesão ao Tratamento
Couto <i>et al.</i> (2014)	Brasil	Estudo Transversal	Intolerância a Medicação
Silva, Moura e Caldas (2014)	Brasil	Estudo Transversal	Abandono do Tratamento
Silva <i>et al.</i> (2017)	Brasil	Estudo de Coorte Prospectivo	Não adesão ao Tratamento

Fonte: elaborado pelas autoras.

Os resultados evidenciados foram: abandono do tratamento (42,85%) (BARROSO *et al.*, 2003; ANIBARRO *et al.*, 2004; ALBUQUERQUE *et al.*, 2007; VIEIRA; RIBEIRO, 2008; OROFINO *et al.*, 2012; CAMPANI; MOREIRA; TIETBOHEL, 2011; BRAGA *et al.*, 2012; GARRIDO *et al.*, 2015; SILVA; MOURA; CALDAS, 2014), interrupção do tratamento (23,8%) (HASKER *et al.*, 2008; KLIIMAN; ALTRAJA, 2009; BHAGAT; GATTANI, 2010; DURAISAMY *et al.*, 2014; PRZYBYLSKI; DĄBROWSKA; TRZCIŃSKA, 2014), não adesão ao tratamento (19%) (SIEMION-SZCZEŚNIAK; KUŚ, 2012; THAPA *et al.*, 2014; PELTZER; LOUW, 2014; SILVA *et al.*, 2017), intolerância medicamentosa (4,76%) (COUTO *et al.*, 2014), prolongamento do tratamento (4,76%) (SILVA; LAFAIETE; DONATO, 2011) e o risco aumentado de mortalidade (4,76%) (PELAQUIN; SILVA; RIBEIRO, 2007) (Quadro 1).

Em relação aos níveis de evidências, observou-se que 15 (71,4%) publicações eram de nível IV, as quais correspondiam aos tipos de estudos de coorte e caso-controle, e as outras seis publicações (28,5%) foram de níveis VI que correspondem ao estudo transversal (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao nível de evidência e autoria. Fortaleza, Ceará, 2018

Nível de evidência	Número de artigos	Autoria
Nível IV Evidências provenientes de coorte ou caso-controle.	15	Anibarro <i>et al.</i> (2004), Albuquerque <i>et al.</i> (2007), Vieira e Ribeiro (2008), Hasker <i>et al.</i> (2008), Kliiman e Altraja (2009), Bhagat e Gattani (2010), Orofino <i>et al.</i> (2012), Campani, Moreira e Tietbohel (2011), Braga <i>et al.</i> (2012), Garrido <i>et al.</i> (2015), Siemion-Szcześniak e Kuś (2012), Duraisamy <i>et al.</i> (2014), Przybylski, Dąbrowska e Trzcińska (2014), Peltzer e Louw (2014), Silva <i>et al.</i> (2017).
Nível VI Evidências provenientes de estudo transversal.	6	Barroso <i>et al.</i> (2003), Pelaquin, Silva e Ribeiro (2007), Silva, Lafaiete e Donato (2011), Thapa <i>et al.</i> (2014), Couto <i>et al.</i> (2014), Silva, Moura e Caldas (2014).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Observou-se que a maioria dos achados foram provenientes de estudos de coorte. Os estudos de coorte podem ser desenvolvidos para avaliar fatores de risco para determinado desfecho, selecionando populações expostas e não expostas a um fator de risco, faz-se o seguimento desses grupos por um determinado tempo, para mensurar se a presença do fator de risco interfere no desfecho dos casos (NEDEL; SILVEIRA, 2016).

4 DISCUSSÃO

Dentre os achados encontrados percebeu-se que o abandono do tratamento prevaleceu sobre todos os outros e que nos estudos, esse fator mostrou-se associado com o baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, falta de informação sobre a doença, barreira demográfica, problemas inerentes aos medicamentos e também pelo consumo de álcool (PEREIRA *et al.*, 2015; MONTEIRO *et al.*, 2015; SOUZA; SILVA; MIRANDA, 2017). Notou-se ainda que essa realidade torna-se mais prevalente em consumidores de substâncias lícitas, devido substituírem o seguimento terapêutico pela ingestão do álcool (SILVA; SILVA, 2016; SÁ *et al.*, 2017).

Observou-se ainda que o aumento das taxas de abandono é diretamente proporcional ao aumento do número de casos de retratamento e até mesmo de falha no tratamento (SILVA *et al.*, 2015). Nesses casos observou-se que as publicações traziam a estratégia *Direct Observed Treatment Strategy* (DOTS) como fator que favorece para menores taxas de abandono e tratamento eficaz, diminuindo assim, as chances de mau prognóstico da doença (ORFÃO *et al.*, 2015; MONTEIRO *et al.*, 2015; BRITO NETO *et al.*, 2015).

Um estudo realizado nos Estados Unidos relatou a implementação e eficácia do sistema DOTS-plus em alguns países e identificou que dos 1.768 pacientes atendidos, 65,4% obtiveram a cura completa, 11,3% evoluíram para o óbito, 6,7% de falha no tratamento e em 3% do casos ocorreu transferência do paciente ou não se soube o desfecho (KURBATOVA *et al.*, 2012).

Baldan, Ferraudo e Andrade (2016) retrataram a aplicação do DOTS de forma mecanicista, discutiram ainda sobre a importância dessa estratégia para o correto seguimento da terapêutica proposta, pois segundo estes, a estratégia favorece para que se alcance a integralidade no atendimento ao paciente com TB e que faz uso de substâncias lícitas, devido propiciar um maior envolvimento entre usuário, profissional de saúde e familiares, colaborando ainda para que o indivíduo torne-se sujeito ativo no seu processo de saúde e doença.

No que se diz respeito ao consumo de álcool durante o tratamento da TB este é percebido em muitas publicações como fator negativo para a boa adesão ao tratamento (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2016; BALDAN; FERRAUDO; ANDRADE, 2016; SÁ *et al.*, 2017). Foi observado ainda que pacientes diagnosticados com tuberculose pulmonar bacilífera e que faziam uso dessa substância tendenciavam a demonstrar dificuldades para o correto segmento terapêutico e que o alcoolismo tem aparecido repetidamente como fator de risco e causa da não adesão à terapêutica adotada (SILVA; SILVA, 2016; SILVA *et al.*, 2017).

Entre os resultados encontrados pode-se observar que a interrupção do tratamento nessa parte da população era comum, devido em muitos casos os mesmos optarem por fazer uso de substâncias alcoólicas ao invés de ingerir os fármacos (SILVA; SILVA, 2016). As interrupções, nesse contexto, influenciam na quebra da continuidade do tratamento, tornando-o menos eficaz, colaborando para que haja a dispersão de cepas resistentes aos antituberculosstáticos e resistência à terapia medicamentosa (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018).

A tuberculose multidrogarresistente (TBMDR) também foi reconhecida como fator que colabora para o insucesso da terapêutica devido o tratamento adotado ser mais longo e por ser utilizado fármacos de segunda linha (CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2015; STIVAL; CAROL; CARDOSO, 2016). Nesse contexto, o consumo de substâncias lícitas

predis põem a um tratamento inadequado, ou seja, os indivíduos tendem a não fazer uso das medicações da forma correta, situação que favorece a seleção de cepas resistentes aos medicamentos de escolha, aumentando o número de casos de TB drogarresistente (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018).

Devido o aumento do número de casos de TBMDR e a dispersão de bacilos resistentes, a OMS lançou a estratégia End TB Strategy (END TB) que tem como objetivo a eliminação da TB até o ano de 2035 (WHO, 2015). A END TB se baseia em três pilares: cuidado e prevenção centrados no paciente; políticas ousadas e sistemas de apoio aos indivíduos com TB e intensificação da inovação de pesquisas, ações pelas quais se espera que todos os usuários tenham acesso ao diagnóstico, prevenção e tratamento (LÖNNROTH; RAVIGLIONE, 2016; BARREIRA, 2018).

O prolongamento do tratamento foi outro achado encontrado nos estudos e esse se mostrou associado com o uso inadequado da terapêutica, tratamento prévio, cepas resistentes aos fármacos e pelo consumo de álcool, que em muitos estudos foi considerado como fator que contribui para o mau prognóstico do quadro e andamento do tratamento, pois proporciona situações que favorecem para o não seguimento adequado da terapêutica, sendo os efeitos adversos reconhecidos como um desses (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2016; BRITO NETO *et al.*, 2015).

Dentre os efeitos adversos mais comumente citados tem-se a mudança na coloração da urina, que ocorre em virtude da rifampicina, seguida da intolerância gástrica (40%), alterações cutâneas (20%), icterícia (15%) e dores articulares (4%), estando associados com idade, ingestão de álcool, desnutrição, doença hepática prévia, coinfeção pelo HIV e uso de fármacos de segunda linha (RABAH *et al.*, 2017; KURBATOVA *et al.*, 2012).

A presença de efeitos adversos relacionados à intolerância medicamentosa ocorrem com maior frequência e magnitude em pacientes que fazem o consumo de álcool, isso se deve à interação que ocorre entre a substância e o fármaco, favorecendo para a metabolização do álcool mais rapidamente pelo fígado, situação que em muitos casos leva à intolerância medicamentosa, hepatomegalia, icterícia e até mesmo quadro cirróticos (MENDES *et al.*, 2014; BATISTA; RODRIGUES; MENEGÓCIO, 2015; MYERS *et al.*, 2018).

O aumento da mobimortalidade apresentou-se relacionada ao uso de substâncias lícitas, devido essas contribuírem para aquisição de novos hábitos, que repercutem diretamente e negativamente no tratamento proposto. Esse hábito propicia a não adesão terapêutica, piora do quadro clínico, aumento do risco de outras infecções e consequentemente de mau prognóstico,

podendo ocasionar até mesmo o óbito (RESENDE; SANTOS-NETO, 2015; SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2016).

A percepção que o paciente tem de si próprio e do seu estado de saúde é de grande importância, visto que os estudos mostram que essas pessoas compreendem que o uso de bebida alcoólica influencia negativamente no andamento do tratamento, comprometendo ainda mais o seu estado de saúde. Mesmo eles sendo capazes de compreender essas questões, muitas vezes não conseguem aderir ao tratamento devido à aquisição de novos hábitos relacionados ao uso dessas substâncias (BRITO NETO *et al.*, 2015; SILVA; SILVA, 2016; SÁ *et al.*, 2017).

Faz-se importante a busca ativa dos indivíduos com TB, o fornecimento de informações sobre a doença depois de diagnosticada, sobre o tratamento e o acompanhamento do paciente sem discriminações até a cura da doença. Os indivíduos diagnosticados com a infecção e que fazem uso de álcool devem receber cuidados direcionados e integrais, respeitando suas necessidades e individualidade (SILVA *et al.*, 2015; MONTEIRO *et al.*, 2015; BALDAN; FERRAUDO; ANDRADE, 2016).

Os cuidados prestados devem abranger todas as características e fatores inerentes ao paciente, visto que tais indivíduos precisam de um acolhimento qualificado e eficaz, por meio do qual se possa fortalecer o vínculo entre o usuário e o prestador de serviço, favorecendo para que haja a identificação precoce dos fatores de risco de não seguimento terapêutico (MONTEIRO *et al.*, 2015; BRITO NETO *et al.*, 2015; SALZANI *et al.*, 2017).

O relacionamento dos profissionais de saúde com o paciente com TB que fazem uso de álcool é de extrema importância. No entanto, os artigos trazem que esses prestadores de cuidados nem sempre orientam de forma necessária, ocorrendo com frequência situações de desumanização, de não comprometimento com a situação apresentada e a negligência dos casos, contribuindo assim, para que ocorra perda dos pacientes e falha no tratamento (BRITO NETO *et al.*, 2015; BALDAN; FERRAUDO; ANDRADE, 2016).

5 CONCLUSÃO

O consumo de álcool funciona como um preditor para o tratamento inadequado da TB, visto que, dentre os achados observou-se risco aumentado para o abandono, interrupção e não adesão ao tratamento, situações essas, que propiciam a ocorrência de intolerância medicamentosa, prolongamento do tratamento e aumento dos índices de mortalidade da doença, sendo o abandono do tratamento o resultado mais prevalente.

Como limitação do estudo teve-se a ausência de publicações de evidências de nível I e II e o fato de as publicações descreverem os mesmo resultados, o que impossibilitou a categorização dos resultados encontrados. Para futuros estudos recomenda-se: a realização de estudos experimentais que mostrem a interação entre os fármacos e as substâncias lícitas, que retratem o álcool como fator independente para o abandono do tratamento e estudos que comparem a adesão ao tratamento em pessoas que consomem álcool e as que não consomem.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. P. M. *et al.* Fatores associados à falha do tratamento, abandono e morte em uma coorte de pacientes de tuberculose em Recife Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 23, n. 7, p. 1573-1582, jul./set. 2007.

ANIBARRO, L. *et al.* Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. **Gac. Sanit.**, [S.l.], v. 18, v. 1, p. 38-44, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/gs/2004.v18n1/38-44/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BALDAN, S. S.; FERRAUDO, A. S.; ANDRADE, M. A eficácia da estratégia saúde da família e do tratamento diretamente observado no controle da tuberculose. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 4, p. 169-174, 2016. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/8193/5161>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BARREIRA, D. Os desafios para a eliminação da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e00100009.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BARROSO, E. C. *et al.* Risk factors acquired multidrug-resistant tuberculosis. **J. Pneumol.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 89-97, mar./abr. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862003000200008. Acesso em: 10 fev. 2021.

BATISTA, I. A. M.; RODRIGUES, L.; MENEGÓCIO, A. M. O papel do enfermeiro na prevenção da farmacorresistência das micobactérias tuberculosas entre os pacientes alcoolistas. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 65-74, 2015. Disponível em:

<https://revista.pgskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/3184>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BELITO-DE LA CRUZ, H. *et al.* Estratégias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con tuberculosis de un centro de salud. **Rev enferm Herediana**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 69-78, jul./dic. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-765301>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BHAGAT, V. M.; GATTANI, P. L. Factors affecting tuberculosis retreatment defaults in Nanded, India. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, [S.l.], v. 41, n. 5, p. 1153-1157, set. 2010.

BRAGA, J. U. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_2/artigos/csc_v20n2_225-233.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v, 47, n. 13, p. 1-15, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil livre da tuberculose**: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v, 49, n. 11, p. 1-18, 2018.

BRITO NETO, D. C. *et al.* Fatores de adesão e risco de abandono ao tratamento da tuberculose no município de Parnaíba-PI. **Revista Interdisciplinar**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 169-179, jul./set. 2015. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/698/pdf_247. Acesso em: 5 fev. 2021.

CAMPANI, S. T. A.; MOREIRA, J. S.; TIETBOHEL, C. N. Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 776-782, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n6/v37n6a11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Boletim Epidemiológico Tuberculose**, Fortaleza, 16 mar. 2018. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_tuberculose_16_03_2018.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

CHIRINOS, E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.l.], v. 36, p. 207-214, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0207.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

COELHO, A. A. *et al.* Efetividade do Tratamento Diretamente Observado na Adesão ao Tratamento da Tuberculose. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 3, n. 1, p. 666-679, 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/4352/3714>. Acesso em: 5 fev. 2021.

COUTO, D. S. *et al.* Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0572.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

DURASAMY, K. *et al.* Does Alcohol consumption during multidrug-resistant tuberculosis treatment affect outcome? A population-based study in Kerala, India. **Ann Am Thorac Soc.**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 712-718, jun. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631605/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GARRIDO, M. S. *et al.* Temporal distribution of tuberculosis in the State of Amazonas, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 48, p. 63-69, jun. 2015. Supl. 1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000800063. Acesso em: 10 fev. 2021.

HASKER, E. *et al.* Default from tuberculosis treatment in Tashkent, Uzbekistan; Who are these defaulters and why do they default? **BMC Infect. Dis.**, [S.l.], v. 8, n. 97, 2008. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-8-97>. Acesso em: 10 fev. 2021.

KLIIMAN, K.; ALTRAJA, A. Predictors of poor treatment outcome in multi- and extensively drug-resistant pulmonary TB. **Eur. Respir. J.**, [S.l.], v. 33, n. 5, p. 1085-1094, maio 2009. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/33/5/1085.long>. Acesso em: 10 fev. 2021.

KURBATOVA, E. V. *et al.* Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects. **Tuberculosis (Edinburgh, Scotland)**, [S.l.], v. 92, n. 5, p. 397-403, Sep. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749016/>. Acesso em: 5 fev. 2021.

LÖNNROTH, K.; RAVIGLIONE, M. The WHO's new End TB Strategy in the post-2015 era of the Sustainable Development Goals. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, [S.l.], v. 110, n. 3, p. 148-150, Mar. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755423/>. Acesso em: 5 fev. 2021.

LOPES, R. H. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 661-671, jul./set. 2014. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/455>. Acesso em: 5 fev. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 30-24.

MENDES, N. M. J. *et al.* Perfil de resistência a fármacos antituberculose em um hospital de referência do Estado de Minas Gerais. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, n. 5, p. 43-46, 2014. Supl. 5. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1621>. Acesso em: 5 fev. 2021.

- MONTEIRO, N. L. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose: uma análise epidemiológica dos seus fatores de risco. **Cadernos de Cultura e Ciência**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 90-99, 2015.
- MYERS, B. *et al.* Impacto do consumo de álcool nos desfechos do tratamento da tuberculose: um estudo prospectivo de estudo de coorte longitudinal. **Doenças infecciosas BMC**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 488, 2018.
- NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. D. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28 n. 3, p. 256-260, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0256.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- ORFÃO, N. H. *et al.* Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 14, n. 4, p. 1453-1461, out./dez. 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25093/16532>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- OROFINO, R. L. *et al.* Preditores dos desfechos do tratamento da tuberculose. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 88-97, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n1/v38n1a13.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PEDRO, H. D. S. P. *et al.* Cenário atual da tuberculose. **Hansenol Int**, [S.l.], p. 40-55, 2014.
- PELAQUIN, M. H. H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 311-317, maio/jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n3/11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PELTZER, K.; LOUW, J. S. Prevalence and factors associated with tuberculosis treatment outcome among hazardous or harmful alcohol users in public primary health care in South Africa. **Afr. Health Sci.**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 157-166, mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449054/>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PEREIRA, J. C. *et al.* Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 49, p. 1-12, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005304.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.
- PRZYBYLSKI, G.; DĄBROWSKA, A.; TRZCIŃSKA, H. Alcoholism and other socio-demographic risk factors for adverse TB-drug reactions and unsuccessful tuberculosis treatment - data from ten years' observation at the Regional Centre of Pulmonology, Bydgoszcz, Poland. **Med. Sci. Monit.**, v. 20, p. 444-453, 19 mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3965286/>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- RABAHI, M. F. *et al.* Tuberculosis treatment. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 472-486, 2017. Disponível em: <http://jornaldepneumologia.com.br/details/2741>. Acesso em: 5 fev. 2021.

RÊGO, L. P. *et al.* Assistência humanizada de enfermagem às pessoas doentes com tuberculose: revisão integrativa 2002–2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 738-759, jul./set. 2015. Disponível em: http://rbasp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/744/pdf_588. Acesso em: 5 fev. 2021.

RESENDE, L. S. O.; SANTOS-NETO, E. T. Fatores de risco associados às reações adversas a medicamentos antituberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 77-89, 2015. Disponível em: <https://www.jornaldepneumologia.com.br/how-to-cite/2374/pt-BR>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SÁ, A. M. M. *et al.* Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 155-160, jul./set. 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875434/sbcm_153_155-160.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

SALZANI, M. G. B. *et al.* Diagnóstico de tuberculose: perspectiva do profissional de enfermagem da atenção primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 180-190, 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1791/pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SANTOS JÚNIOR, G. M. *et al.* Tuberculose: adesão ao tratamento e os fatores que desencadeiam em abandono. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 284-292, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1041/734>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 508-511, maio/jun. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a23.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

SANTOS, J. N. *et al.* Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222018000300313&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 fev. 2021.

SIEMION-SZCZEŚNIAK, I.; KUŚ, J. Wpływ czynników społecznych na wyniki leczenia chorych na gruźlicę płuc potwierdzoną bakteriologicznie [Impact of social risk factors on treatment outcome in patients with culture positive pulmonary tuberculosis (CPPTB)]. **Pneumonol. Alergol. Pol.**, v. 80, n. 5, 412-421, 2012. Disponível em: https://journals.viamedica.pl/advances_in_respiratory_medicine/article/viewFile/27555/22221. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, C. B.; LAFAIETE, R. S.; DONATO, M. O consumo de álcool durante o tratamento da tuberculose: percepção dos pacientes. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 10-17, abr. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n1/03.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SILVA, D. R. *et al.* O abandono do tratamento da tuberculose e a atuação do profissional enfermeiro: um olhar sobre as referências. **JMPHC Journal of Management & Primary**

Health Care, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 235-245, 2015. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/287/Abandono%20do%20tratamento%20TB>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SILVA, E. A.; SILVA, G. A. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1233-1247, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01233.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SILVA, P.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 30, n. 8, p. 1745-1754, 2014.

SILVA, T. C. *et al.* Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12 p. 4095-4104, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4095.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SOARES, J. R. *et al.* Grupo focal como estratégia para a prevenção da recaída no alcoolismo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 494-499, jul./ago. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15313/11596>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SOUZA, A. C. S.; SILVA, M. L. S. J.; MIRANDA, L. N. Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com tuberculose. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, Maceió, v. 4, n. 2, p. 297-312, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4560/2623>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: What is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

STIVAL, J. F.; CAROL, L. M.; CARDOSO, A. M. Emergência da tuberculose multirresistente e extensivamente resistente: uma abordagem sobre o panorama atual. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 123-137, 2016. Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/download/36/51/133>. Acesso em: 5 fev. 2021.

THAPA, P. *et al.* Prevalence and Associated Factors of Alcoholism among Tuberculosis Patients in Udupi Taluk, Karnataka, India: A Cross Sectional Study. **Journal of Nepal Health Research Council**, [S.l.], v. 12, n. 28, p. 177-181, set./out. 2014.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenções de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. **J. bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 159-166, mar. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n3/v34n3a06.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

WHO. **Portal da OMS**. [S.l.: s.n.], 2015. Disponível em: http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1. Acesso em: 18 nov. 2018.

CAPÍTULO 4

FATORES ASSOCIADOS À ADESAO DOS ADOLESCENTES À VACINAÇÃO CONTRA O HPV: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Katyenne Monteiro Souza¹

Maria Eudisleni Negrão Rocha¹

Patrícia Regia Rebouças de Queiroz¹

Juliana Sampaio dos Santos²

Wanderson Alves Martins¹

Carmina Guimarães Veloso²

Vanessa da Frota Santos³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza - Ceará

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Descrever na literatura científica o nível de adesão dos adolescentes à vacina contra o HPV. **Método:** Revisão integrativa, na qual foram ponderadas publicações disponibilizadas entre os anos 2013 e 2019, no idioma português, nas bases eletrônicas Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram eleitas oito publicações que atenderam aos critérios previamente escolhidos. **Resultados:** Na amostra final foi evidenciado através dos oito artigos, um nível escasso de conhecimento dos jovens adolescentes sobre transmissão, prevenção e vacinação relacionadas ao HPV. **Conclusão:** Neste contexto, as escolas, as unidades básicas de saúde, a família e os profissionais de saúde, especificando aqui o enfermeiro, são agentes que atuam como influenciadores e disseminadores de conhecimento, junto a essa população, podendo contribuir com a educação em saúde, buscando uma melhor adesão à vacinação contra o HPV.

Palavras-chave: Papilomavírus humano. Adolescentes. Adesão. Imunização. Vacina.

1 INTRODUÇÃO

A contaminação pelo papilomavírus humano (HPV) se dá principalmente pelo contato sexual desprotegido com indivíduos portadores do vírus (BRASIL, 2013; MOURA; TEIXEIRA, 2019). Durante a adolescência, os jovens experimentam transformações corporais no modo de agir e de pensar. Inicia-se a vida sexual envolvendo uma busca por identidade, autonomia e afirmação grupal, culminando no seu envolvimento em comportamentos de experimentação arriscada e não preventiva, estando mais suscetíveis à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (COSTA *et al.*, 2013).

A adolescência trata-se de um dos períodos mais conturbados da vida do ser humano, onde a maioria dos jovens vivencia um conjunto de eventos, tais como: síndrome da adolescência normal (comportamentos intempestivos típicos desta fase), iniciação sexual, experimentação de drogas lícitas e ilícitas e comportamentos de risco influenciados, geralmente, pelo meio social em que o adolescente está inserido (COSTA *et al.*, 2013).

O HPV é um micro-organismo presente em cerca de 50% da população brasileira. Além de sua presença estar associada ao câncer de colo do útero (um sério problema de saúde pública no Brasil), o vírus é o causador do segundo tipo de neoplasias mais comum entre as mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama (MOURA; TEIXEIRA, 2019).

O contágio pelo HPV possui relevância para a saúde pública, visto que sua aparição é frequente e se manifesta por intermédio de: verrugas comuns, epidermodisplasia verruciforme, verrugas anogenitais, neoplasias do colo uterino, vulvares, vaginais, penianas e anais, entre outras. Sendo a infecção pelo HPV habitualmente associada com malignidades do trato genital em homens e mulheres e, por vezes, assintomática e autolimitada (COSTA *et al.*, 2013), podem ocorrer situações em que o vírus fica latente por meses ou por anos, sem apresentar manifestações visuais ou subclínicas (invisíveis a olho nu). Uma diminuição das resistências do organismo humano pode suscitar a proliferação do vírus e a aparição de lesões (BRASIL, 2020).

As primeiras manifestações da infecção pelo HPV nas mulheres surgem, aproximadamente, entre 2 a 8 meses após contágio, mas podem tardar até 20 anos para surgir algum sinal da infecção. Ocorre que, em sua maioria e principalmente em adolescentes, as infecções têm resolução espontânea (pelo próprio organismo), em um período aproximado de até 24 meses (BRASIL, 2020).

Há algumas ações de prevenção denominadas primária e secundária relacionadas ao HPV que objetivam a precaução das infecções ou lesões pré-cancerosas e cânceres. A

prevenção primária consiste na realização da vacinação contra o HPV e no uso de preservativos, tanto o feminino como o masculino, durante as relações sexuais. Já a prevenção secundária se refere à detecção do câncer do colo do útero por meio de exame preventivo, o Papanicolau, classificado como procedimento de rastreamento e controle de câncer (PODGORSKI *et al.*, 2019).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o HPV apresenta mais de 150 genótipos, sendo que cerca de 40 tipos podem infectar o trato anogenital. Existem os subtipos mais comuns, que são 6, 11, 16 e 18. Os subtipos 6 e 11 são classificados de baixo risco oncogênico e provocam uma das complicações de saúde pública mais comuns: as verrugas genitais. Já os subtipos 16 e 18, os quais são considerados de alto risco, são responsáveis por 70% das ocorrências de câncer de colo do útero mundialmente (BRASIL, 2018a).

Neste momento, há duas vacinas profiláticas contra o HPV que estão aprovadas e registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), são elas: vacina bivalente, da empresa GlaxoSmithKline (nome comercial Cervarix), que confere proteção contra o HPV 16 e 18, e a vacina quadrivalente, da empresa Merck Sharp & Dohme (nome comercial Gardasil), que proporciona proteção contra o HPV 6, 11, 16 e 18, ambas disponíveis comercialmente, sendo esta última oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018a).

O Brasil foi um dos primeiros países a implantar o exame citopatológico para prevenção e detecção do câncer de colo uterino. Mesmo com a implantação do exame, poucas mulheres procuram realizá-lo e as que se submetem, não o fazem com regularidade (FRANÇA *et al.*, 2017).

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), adotou medidas profiláticas, que possuem a capacidade de induzir *in vivo* a produção de anticorpos específicos que conferem a imunidade aos indivíduos contra os principais subtipos do HPV. Introduziu-se no SUS a vacinação gratuita contra o HPV em meninas de 9 a 13 anos de idade. Faixa etária esta considerada a ideal, por seus indivíduos apresentarem maior produção de anticorpos e terem sido menos expostos ao vírus por meios de relações sexuais, o que vem a proporcionar maior benefício. No ano de 2017, o esquema vacinal do SUS foi expandido com a inclusão de meninas de 14 anos e de meninos de 11 a 14 anos (BRASIL, 2018a).

Em pacientes sem contatos prévios com os subtipos virais do HPV, a vacina apresenta níveis altos de eficácias na prevenção da infecção, justificando a priorização de crianças e de

adolescentes na campanha da vacinação. O Ministério da Saúde prescreve que pelo menos 80% dos adolescentes – meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos – devam ser imunizados com as duas doses necessárias para protegê-los do HPV pelo resto de suas vidas (MOURA; TEIXEIRA, 2019).

Deste modo, emergiu o seguinte questionamento: Quais fatores estão associados à adesão dos adolescentes acerca da vacina contra o HPV?

Acredita-se que os resultados deste estudo serão de grande relevância científica tanto para os adolescentes, uma vez que mostra os pontos de dúvidas em relação à vacina, podendo interferir na adesão deste público em relação à profilaxia, quanto para os gestores de saúde, porque evidencia os fatores que devem ser trabalhados e/ou melhorados nas campanhas de divulgação da vacina, como também subsidiar políticas públicas voltadas para esse público em especial.

Em vista disso, o objetivo deste estudo é analisar os principais fatores que estão associados à adesão por parte dos adolescentes frente a vacinação contra o HPV.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo revisão integrativa, que intenciona selecionar dados para análises literárias. Dessa forma, conectar artigos encontrados dentro do tema da pesquisa. Para Mendes, Siqueira e Galvão (2008), esse método de pesquisa possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências conhecidas como revisão integrativa e objetiva possíveis intervenções efetivas na assistência à saúde e redução de custos, além da identificação de lacunas para estudos futuros. Esse método de pesquisa facilita o acesso, dos profissionais de saúde, em ênfase, os enfermeiros, a uma ampla visão das práticas clínicas, embasado na teoria científica.

Portanto para essa produção científica, foram, realizados levantamentos de artigos nacionais disponíveis na íntegra nas bases de dados Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na busca de classificar e descrever os dados, com o propósito de agrupar o entendimento produzido sobre o tema exposto.

Esta pesquisa foi norteada pela teoria de Mendes, Siqueira e Galvão (2008), apresentada aqui por seis passos para análise. Assim, com a finalidade de identificar, de forma simples, as características da revisão integrativa e delineá-la, segue o esquema abaixo na Figura 1.

Figura 1 – Características para revisão integrativa da literatura

Fonte: Mendes, Siqueira e Galvão (2008).

A pesquisa foi realizada nos meses de julho e agosto 2020, com o objetivo de descrever na literatura científica o nível de adesão dos adolescentes acerca da vacina contra o HPV. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico, divulgados no idioma português e publicados no período de 2013-2019. Já os critérios de exclusão consistiram na eliminação de artigos repetidos, artigos de revisão, estudo de caso, artigos duplicados, relatos de experiência, revisões integrativas e que fugiram da temática.

Para instrumentalizar esta revisão, a busca dos artigos foi realizada a partir do cruzamento dos descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associando as palavras-chave que mais se adequam ao tema proposto: Papilomavírus Humano

(*Human Papillomavirus*), Adolescentes (*Teenagers*), Adesão (*Accession*), Imunização (*Immunization*) e Vacina (*Vaccine*).

Foram realizados cruzamentos dos cinco descritores (“Papilomavírus Humano”, “Adolescentes”, “Adesão”, “Imunização” e “Vacina”) nas bases de dados. Utilizou-se o operador booleano “and” para a procura dos artigos que contemplassem os cinco descritores. Com isso foram encontradas 5.453 publicações, sendo 4.636 na MEDLINE, 290 na LILACS, 341 na SciELO e 186 na LILACS, os quais foram submetidos a uma rigorosa análise temática e foram selecionados 314 artigos para leitura dos títulos, destes selecionou-se 90 para leitura dos resumos e 8 para serem lidos na íntegra e elegidos como objeto de estudo deste artigo de revisão integrativa. A seguir, a Figura 2 apresenta a esquematização da coleta do presente estudo.

Para análise dos dados foi utilizada a metodologia de Bardin (2009), que enfatiza que a análise de conteúdo tem por objetivo a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma realidade que não a da mensagem. A partir de leituras minuciosas dos textos, buscam-se elementos comuns e divergentes, que possibilitam estabelecer relações e promover compreensões acerca do objeto de estudo.

Os artigos foram analisados previamente a partir de uma leitura dos resumos e, posteriormente, realizou-se uma leitura aprofundada, na íntegra, de cada um deles. Nas produções analisadas, foram agrupados pontos importantes, tais como: título, autor, ano, país, objetivos e conclusões dos artigos. A partir da análise dessas informações, foram estruturadas as seguintes categorias temáticas: I) A importância do conhecimento na adesão à imunização contra o HPV; II) estratégias educativas para o aumento da adesão à vacinação contra o HPV.

De acordo com esse panorama, foi concebido um quadro que demonstra a seleção dos oito artigos que caracterizam a expectativa do objeto de estudo (Quadro 2).

Figura 2 – Coleta de dados dos artigos nas bases de dados

Fonte: elaborada pelos autores.

3 RESULTADOS

Segundo Pereira (2013) é pertinente, nesta fase de análise dos dados, a utilização da ferramenta para facilitar a compreensão durante as discussões nos artigos encontrados e para visualizá-los de forma dinâmica (Quadro 1).

Quadro 1 – Estrutura da seção de discussão de um artigo científico original

1. Realce dos achados relevantes e originais.
2. Avaliação crítica da própria pesquisa: limitações e aspectos positivos
3. Comparação crítica com a literatura pertinente
4. Interpretação dos achados
5. Conclusão, que pode estar acompanhada de generalização, implicações, perspectivas, recomendações

Fonte: Pereira (2013).

A amostra final desta revisão integrativa, foi composta por oito artigos, os quais foram produzidos entre os anos de 2013 e 2019. No que concerne a abordagem, as pesquisas foram descritas como segue: um quantitativo, dois qualitativos, dois observacional transversal e três transversal. As principais informações sobre os artigos, como título, ano, autor, país, objetivos e conclusões, foram dispostas no Quadro 2, a seguir, para melhor visualização.

Quadro 2 – Esquematização dos artigos selecionados de acordo com critérios de inclusão

N.	Título	Autor/Ano e País	Objetivos	Conclusões
1	A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para imunoprevenção	Fonseca Viegas (2016), Brasil	Analisar a situação vacinal de adolescentes do 9º ano do ensino fundamental e o conhecimento sobre doenças transmissíveis e as imunopreveníveis	Apresentou impacto positivo pela ampliação da cobertura vacinal e as ações de extensão foram essenciais para o conhecimento sobre os temas propostos
2	Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavirus Humano e a vacinação	Silva <i>et al.</i> (2017), Brasil	Desvelar o conhecimento e atitudes de meninas, mães, professores e profissionais da saúde sobre o Papilomavirus Humano e a vacinação	Diferentes níveis de conhecimento – dúvidas e concepções errôneas – sobre o assunto foram desveladas. Porém, as atitudes foram favoráveis à adesão à imunização. Realidades que precisam ser problematizadas na prática educativa do enfermeiro
3	Adesão a imunização contra o Papilomavirus Humano na saúde pública do Brasil	Silveira <i>et al.</i> (2017), Brasil	Avaliar a adesão de meninas com idade entre 11 e 13 anos à vacina contra o Papilomavirus Humano no Brasil	É relevante a necessidade de instituir medidas públicas e educativas, com o intuito de ampliar a cobertura da segunda dose nos próximos anos e, consequentemente, evitar a transmissão do vírus
4	Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavirus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR	Zanini <i>et al.</i> (2017), Brasil	Identificar o nível de conhecimento das adolescentes acerca do vírus e da vacina, descrever motivos pelos quais eles não se vacinaram	O desconhecimento sobre a infecção pelo HPV e sobre a campanha de vacinação entre as entrevistadas e seus responsáveis, bem como o medo de efeitos colaterais da vacina, como apontado pela população do estudo, interferiram

				negativamente na tomada de decisão
5	Nível de conhecimento dos adolescentes das escolas do município de Itajaí-SC sobre o vírus Papiloma Humano (HPV)	Badotti, Almeida e Kreuger (2018), Brasil	Avaliar o nível de conhecimento dos estudantes de escolas do município de Itajaí-SC acerca do HPV e suas vacinas, promover a difusão das informações sobre medidas profiláticas, formas de infecção e prevenção do HPV	O estudo revelou que quase a totalidade dos alunos já ouviu sobre o HPV, e apontaram as relações sexuais como principal maneira de transmissão. A pesquisa apontou que há predomínio de participantes com compreensão das informações básicas sobre o HPV e suas vacinas
6	Preciso mesmo tomar vacina? Informações e conhecimento de adolescentes sobre as vacinas	Fonseca Viegas (2019), Brasil	Descrever o conhecimento dos adolescentes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas sobre vacinas, as doenças imunopreveníveis e as doenças transmissíveis	Evidenciou-se (des) informação dos adolescentes sobre vacinas, doenças transmissíveis e as imunopreveníveis e baixa cobertura vacinal (41%). A comunicação/ informação em saúde foram efetivas na decisão dos adolescentes de se vacinarem, aumentando a cobertura vacinal (91%)
7	Conhecimento e adesão de crianças e adolescentes à vacina contra o Papilomavirus Humano	Goetz e Andrade (2018), Brasil	Analisar o conhecimento e adesão à vacina contra o Papilomavirus Humano (HPV) por crianças e adolescentes	A maioria das crianças e adolescentes participantes da pesquisa conheciam sobre o HPV, vacina, prevenção, relação com o câncer cervical refletindo na adesão à primeira e à segunda dose da vacina
8	Vacina HPV: Percepção de adolescentes atendidos em uma unidade básica de saúde do Amapá	Cruz <i>et al.</i> (2019), Brasil	Analisar a percepção dos adolescentes sobre a vacina HPV	Os adolescentes recebem muitas informações distorcidas, equivocadas e incompletas, e isso pode ser um dos fatores que comprometem a adesão à vacina

Fonte: elaborado pelos autores.

4 DISCUSSÃO

O estudo realizado por Fonseca Viegas *et al.* (2019) em 22 escolas públicas evidenciou que a desinformação dos adolescentes, o medo de injeção, as informações distorcidas e/ou erradas vinculadas na internet, profissionais de saúde despreparados e pais temerosos que defendem o direito de criar seus filhos sem a interferência do estado são empecilhos à vacinação de adolescentes. Quando foram expostos à comunicação/informação clara e objetiva por meio da escola, a taxa de cobertura vacinal cresceu de 41% para 91%, ratificando que o diálogo informativo entre as equipes de saúde e a população contribui muito para a conscientização e prevenção de doenças e para a necessidade da vacinação como método preventivo.

O mesmo entendimento é corroborado por Silveira *et al.* (2017), pois estes também demonstram a importância da escola na educação e conscientização da vacinação. E agrega um novo componente que é a disponibilidade para que a vacinação ocorra na escola durante o período letivo, demonstrando o fator influenciador que a escola possui na conscientização.

Segundo Cruz *et al.* (2019), após a abordagem, em uma unidade de saúde, com jovens de 12 a 14 anos, foi trazido à tona temas como: a falta de informação e destaque da dor quanto à vacina HPV, o baixo e/ou desconhecimento dos adolescentes sobre o câncer de colo uterino, sobre as implicações clínicas da infecção do HPV, barreiras culturais em relação às ISTs, aceitabilidade e mudanças dos hábitos sexuais ou preventivos para outras ISTs. Também ficou evidente a preocupação destacada pelos pais quando da autorização da vacina para seus filhos. E por fim, ausência de conhecimento acerca dos benefícios da vacina, ressaltando a influência da escola e da equipe de enfermagem como meios de informação.

Segundo Badotti, Almeida e Kreuger (2018), a grande maioria dos estudantes participantes do estudo têm noções básicas sobre o HPV, sendo esse valor maior quando trata-se dos alunos da rede privada de ensino, e que a escola foi a principal propagadora dessas informações. Quanto as formas de transmissão e de prevenção sobre o HPV, muitos alunos não souberam responder corretamente, comprovando a falta de educação sexual no plano escolar. Com relação à vacinação contra o HPV, 85,4% dos alunos afirmaram já ter ouvido falar algo a respeito, sendo que somente 40% dos participantes afirmaram terem sido vacinados, sendo a escola o principal motivo que levou os estudantes a receberem a vacina, seguido do incentivo dos pais.

O estudo de Zanini *et al.* (2017) não deixa claro os meios de comunicação que os adolescentes tomaram conhecimento do vírus e da vacina. Porém, deixa evidente que a mídia de massa e as escolas são meios fundamentais para a disseminação, de forma clara e objetiva da necessidade de imunização dos jovens, ou seja, sinaliza a necessidade de promover campanhas publicitárias, bem como nas escolas para divulgar informações sobre a infecção por HPV, suas consequências e os benefícios e efeitos colaterais da vacina.

Fonseca Viegas *et al.* (2016) relatam resultados obtidos através de estudo com 605 adolescentes, entre 13 e 18 anos, no qual constata a baixa cobertura vacinal. Apesar de quase 100% dos adolescentes afirmarem ser a vacinação importante, estes demonstraram falta de conhecimento sobre as vacinas, às doenças que são transmissíveis e imunopreveníveis e ao calendário de vacinação.

Mediante os dados levantados no estudo, foi considerado importante o acompanhamento sistemático da situação vacinal dessa população por parte das equipes de saúde do município. Para tanto, fazendo-se necessário uma maior atenção dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações que propiciem o engajamento dos adolescentes nas atividades preventivas de riscos e agravos e de promoção à saúde, visto que, a partir do conhecimento adquirido por meio das orientações compartilhadas, utilizando-se de uma abordagem dinâmica e proativa, possibilitará a formação da autonomia desses indivíduos, tornando-os, assim, corresponsáveis pela sua saúde. Precisa-se, portanto, considerar, no cotidiano dos serviços, o atendimento e acompanhamento dos adolescentes nos cuidados primários à saúde (FONSECA VIEGAS *et al.*, 2016).

Segundo Goetz e Andrade (2018), ao se coletarem dados através de questionário aplicado em crianças e adolescentes, de 9 a 15 anos de idade, do sexo feminino, de uma escola municipal, e também tomarem-se por base o número de meninas vacinadas, nos anos de 2014 e 2015, em uma unidade básica de saúde municipal, chegou-se ao grau de conhecimento a maioria das participantes sabia que o HPV é um vírus; existe HPV de baixo e alto risco; o exame preventivo é um método de diagnóstico para HPV, que a vacina e sabiam ainda, que o uso de preservativos durante as relações sexuais são métodos de prevenção, que a consequência mais grave desta infecção é o câncer do colo do útero; e que mesmo sabendo do exame preventivo, a maioria não tinha ouvido falar em exame de Papanicolaou (exame preventivo); que é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero (GOETZ; ANDRADE, 2018).

Quanto ao meio onde obtiveram informações, 41,46% responderam que foi por noticiários e 21,95% pela internet. No que concerne à adesão à vacina nos anos de 2014 e 2015, corresponderam, respectivamente a uma cobertura na primeira e segunda doses de 89,41%/84,25% e 57,98%/99,06% (GOETZ; ANDRADE, 2018).

O impacto da vacinação em termos de saúde coletiva era gerar uma “imunidade coletiva ou de rebanho”, ou seja, reduzindo a transmissão mesmo entre as pessoas não vacinadas. A população alvo da vacinação com a vacina HPV era composta por adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 11 e 13 anos de idade no ano da introdução da vacina (2014), na faixa etária de 9 a 11 anos no segundo ano de introdução da vacina (2015) e de 9 anos de idade do terceiro ano em diante (2016) (BRASIL, 2014).

No intuito de revelar o conhecimento e atitudes sobre o HPV e sobre a vacinação, foram questionados alunos, pais, professores e profissionais da saúde, nas escolas públicas de ensino fundamental em Recife-PE. Dos testemunhos, emergiram quatro categorias: Entendimento controverso sobre o HPV; Transmissibilidade do vírus HPV; Conhecimento adequado sobre a vacina; e Educação em saúde. Com base nos dados coletados e na análise de bibliografia existente sobre o tema, constataram que são necessárias mais informações para as adolescentes sobre os riscos a que elas estão expostas, tanto pelo início precoce da atividade sexual, bem como por não usarem preservativo. É importante que estas conheçam sobre a prevenção de câncer de colo do útero e infecção por Papilomavirus Humano (SILVA *et al.*, 2017).

Foi constatado através deste estudo que o conhecimento das escolas, adolescentes, mães, professores, profissionais da saúde sobre HPV e sobre vacinação está desvelado, constituído por diferentes níveis de entendimento, tendo em vista que possuem dúvidas e concepções errôneas sobre o tema. Não obstante, as ações sugeridas como estratégia para a vacinação das menores foram favoráveis e podem melhorar a adesão à imunização (SILVA *et al.*, 2017).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que os fatores associados ao nível de adesão à vacinação contra o HPV estão intrinsecamente relacionados ao nível de educação dos adolescentes. As consequências desse desconhecimento são a falta de prevenção, bem como, a relação com a vacinação e sua importância é bastante deficitária em várias camadas da população e que, além disto, os meios para obtenção de informações não dispõem de dados de qualidade ou acabam sendo distorcidas/equivocadas.

A pesquisa mostrou que a mídia de massa e as escolas são os principais divulgadores de conhecimento e influenciadores em relação ao HPV e a vacina. Os órgãos de saúde e da educação precisam trabalhar em conjunto. Apontou-se a efetivação do Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, como principal estratégia para que as informações referentes ao HPV e à vacina cheguem aos adolescentes, pais e estudantes.

Os agentes governamentais precisam atuar para prover informações e as ações necessárias para garantir a imunização e a educação da população envolvida. Outro ponto também importante é a precocidade do início da atividade sexual dos adolescentes, tornando mais importante ainda a orientação quanto às doenças e a prevenção.

Pressupõe-se uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não atendidas somente como transmissão de conteúdo, mas também como doação de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde é o pleno exercício de construção da cidadania.

Portanto, salienta-se a necessidade de intervenções nos quesitos, educação, prevenção e promoção da saúde, visto que o ínfimo conhecimento dos adolescentes requer intervenção imediata. Também foi evidenciado um nível escasso de conhecimento dos jovens adolescentes acerca da transmissão, prevenção e vacinação relacionadas ao HPV.

Concluiu-se, portanto, serem primordiais mais iniciativas de políticas de saúde para desenvolver futuros projetos educacionais nas instituições de ensino direcionadas aos adolescentes, tais como campanhas de conscientização/orientação na prevenção do câncer de colo de útero e divulgação do exame Papanicolaou por via da mídia e PSE.

Neste contexto, as escolas, as unidades básicas de saúde, a família, os profissionais de saúde, especificando aqui o enfermeiro, são agentes que atuam como influenciadores e

disseminadores de conhecimento, junto a essa população, podendo contribuir com a educação em saúde, visando uma melhor adesão a vacinação contra o HPV.

REFERÊNCIAS

- BADOTTI, F. S. S.; ALMEIDA, R. B.; KREUGER, M. R. O. Nível de conhecimento dos adolescentes das escolas do município de Itajaí-SC sobre o vírus papiloma humano (HPV). **Rev. Adol. Confl.**, Belo Horizonte, n. 17, p. 2-8, 2018. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/adolescencia/article/view/4684/4330>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HPV. **Portal do Governo Federal**, Brasília, DF, 20 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Existe vacina contra o HPV?** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Quais são as manifestações da infecção pelo HPV?** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia prático sobre HPV: perguntas e respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico sobre a vacina papiloma vírus humano (HPV) na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-Tecnico-Introducao-a-vacina-HPV-18-2-2014.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- COSTA, A. C. P. J. *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.
- CRUZ, M. N. M. *et al.* Vacina HPV: Percepção de adolescentes atendidos em uma unidade básica de saúde do Amapá. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 136- 141, 2019.
- FONSECA VIEGAS, S. M. *et al.* A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 351-360, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0351.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.
- FONSECA VIEGAS, S. M. *et al.* Preciso mesmo tomar vacina? Informação e conhecimento de adolescentes sobre as vacinas. **Av Enferm.**, Bogotá, v. 37, n. 2, p. 217-226, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500-aven-37-02-217.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

FRANÇA, S. B. *et al.* Adesão das adolescentes à campanha de vacinação contra o papiloma vírus humano: no Brasil, Minas Gerais e microrregião da Serra Geral. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 19, n. 1, p. 2-12, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/505/386>. Acesso em: 5 fev. 2021.

GOETZ, E.; ANDRADE, V. R. M. Conhecimento e adesão de crianças e adolescentes à vacina contra o Papilomavírus humano. **Vivências**, Erechim, v. 14, n. 26, p. 110-121, maio 2018.

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.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

MOURA, A. B. F.; TEIXEIRA, A. B. Avaliação do conhecimento e adesão de estudantes à vacina HPV em uma escola pública no interior do Ceará. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 67-74, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/170/164>. Acesso em: 5 fev. 2021.

PEREIRA, M. G. A seção de discussão de um artigo científico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 537-538, jul./set. 2013.

PODGORSKI, T. *et al.* Adesão de adolescentes à vacinação contra o Papilomavírus Humano em um município da Região Sul do Brasil. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.**, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 4, p. 258-263, out./dez. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/12922/8521>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SILVA, P. M. C. *et al.* Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação. **Escola Anna Nery**, Cidade Nova, RJ, v. 22, n. 2, p. 1-7, 2017.

SILVEIRA, B. J. *et al.* Adesão à imunização contra o papilomavírus humano na saúde pública do Brasil. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 157-164, jul. 2017. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/356/pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

ZANINI, N. V. *et al.* Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1253/861>. Acesso em: 5 fev. 2021.

CAPÍTULO 5

EFEITOS COLATERAIS DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Francisdalva Vieira da Silva¹

Hellen de Oliveira dos Santos¹

Maria Erilane Teodósio Matias¹

Vivian Silva Lopes¹

Milena Monte da Silva¹

Maisa Leitão de Queiroz¹

Vanessa da Frota Santos²

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – Ceará

RESUMO

Objetivo: Elencar os efeitos colaterais de contraceptivos hormonais. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática. Realizou-se a coleta de dados nas bases: Scopus, *Web of Science*, Cochrane, Pubmed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online, com o cruzamento dos termos “Anticoncepcionais”, “Hormônios” e “Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a medicamentos”, e operador booleano AND. **Resultados:** Selecionaram-se 9 ensaios clínicos multicêntricos que abordaram o anel vaginal, contraceptivos orais combinados e o DIU Liberador de Levonorgestrel, dos quais percebeu-se que os efeitos mais comuns são: cefaleia, náuseas, vômitos, acne, dores mamária e abdominal, mudanças no padrão de sangramento menstrual, alterações de humor e aumento de peso. **Conclusão:** Dentre os artigos que abordaram acompanhamento clínico de seus sujeitos de pesquisa, nenhum mencionou o planejamento familiar realizado pelo enfermeiro, portanto, sugere-se a participação desses profissionais na realização de novas pesquisas sobre contracepção hormonal.

Palavras-chave: Anticoncepcionais. Hormônios. Efeitos colaterais. Reações adversas relacionadas a medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

A anticoncepção ou contracepção corresponde ao uso de métodos e técnicas que objetivam impedir a gravidez, e é conhecida desde a Antiguidade remota, quando o homem começou a associar a prática de relações sexuais com a gravidez. Desde então, as técnicas contraceptivas têm vindo a desenvolver-se progressivamente, com o aperfeiçoamento dos métodos antigos e a criação de métodos novos (FINOTTI, 2015; SILVA, 2017).

Nos anos 1960, os primeiros anticoncepcionais hormonais em forma de pílula tiveram sua comercialização iniciada nos Estados Unidos. No Brasil, a venda das pílulas anticoncepcionais começou a partir de 1962, sendo gratuitamente distribuídas a partir de 1965, por entidades privadas de planejamento familiar. Desde então, a contracepção hormonal vem ganhando destaque (SANTOS, 2010; SILVA, 2017).

Alguns anos após a descoberta da pílula anticoncepcional perceberam-se efeitos adversos relacionados às altas taxas de hormônios dos primeiros produtos disponíveis no mercado. A partir daí, desenvolveram-se novas formulações com taxas hormonais cada vez mais reduzidas. Surgiram, então, métodos hormonais de baixa dosagem, com outras formulações hormonais e diferentes vias de administração além da oral, como por exemplos, a via intramuscular (injetável), subdérmica (implantes) e transdérmica (adesivo semanal), via intrauterina (sistema intrauterino) e via vaginal (anel vaginal), propiciando à mulher a opção de escolha para o método que mais se adeque à sua realidade (SANTOS, 2010).

Atualmente, os efeitos colaterais e adversos são apontados como um dos responsáveis pela descontinuação desses métodos, dos quais se classificam como efeitos adversos toda reação nociva e não intencional, que ocorre em doses normalmente usadas para profilaxia, diagnóstico, tratamento ou para a modificação de funções fisiológicas, e como efeitos colaterais todo efeito não pretendido (adverso ou benéfico) causado por medicamento utilizado em doses terapêuticas (ALMEIDA; ASSIS, 2017; WHO, 2002).

Além desses efeitos, têm-se a falta do empoderamento feminino sobre as indicações, contraindicações e possíveis efeitos do método pretendido, também estão relacionadas às descontinuações de contraceptivos, fazendo-se necessário o esclarecimento sobre tais métodos, bem como a orientação de um profissional da saúde antes de seu uso (ALMEIDA; ASSIS, 2017).

Mesmo com a redução na concentração dos componentes e o surgimento de formulações hormonais reduzidas, o uso dos contraceptivos hormonais ainda merece atenção

na sua prescrição e utilização. Nesse contexto, considera-se necessário investigar quais os possíveis efeitos colaterais e adversos dos diferentes anticoncepcionais hormonais, visto que servirá para a atualização da comunidade científica quanto às pesquisas desenvolvidas sobre os efeitos colaterais e adversos desses contraceptivos. Partindo desse pressuposto, surge a questão norteadora da pesquisa: Quais os efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais?

Portanto, o objetivou-se elencar os efeitos colaterais de contraceptivos hormonais.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que constitui-se de um método de síntese de evidências que avalia e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse, sendo uma metodologia confiável, rigorosa e auditável. De acordo com as recomendações da Colaboração Cochrane, as revisões sistemáticas devem seguir um processo rígido, a saber: elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados; avaliação da qualidade das evidências (BRASIL, 2012; GALVÃO; PEREIRA, 2014; HIGGINS; GREEN, 2011).

A questão da pesquisa foi estruturada de acordo com os componentes do acrônimo PICO (População; Intervenção; Comparação e Desfecho) (BRASIL, 2012), do qual teve como variáveis de estudo: População (usuárias de anticoncepcionais hormonais); Intervenção (anticoncepcionais hormonais); Comparação (não intervenção) e Desfecho (efeitos colaterais). Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: Quais os efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais?

A coleta de dados foi realizada em abril de 2019 nas bases de dados virtuais: Scopus, *Web of Science*, Cochrane, Pubmed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Como critérios de inclusão dos artigos utilizaram-se: estudos originais do tipo ensaios clínicos que abordassem efeitos colaterais de contraceptivos hormonais femininos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, sem recorte temporal. Excluíram-se da busca cartas ao editor, editoriais, teses e dissertações.

Para a busca nas bases de dados LILACS e SciELO utilizou-se o cruzamento dos seguintes termos de pesquisa indexados nos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS): “Anticoncepcionais”, “Hormônios” e “Efeitos colaterais e reações adversas relacionados a

medicamentos”, com o uso do operador booleano AND. Já nas bases Scopus, Web of Science, Cochrane e Pubmed empregaram-se seus termos equivalentes no idioma inglês indexados como MeSH (Medical Subject Headings): “*Contraceptive devices*”, “*Hormones*”, e “*Drug-related side effects and adverse reactions*”, e mesmo conector booleano. Essa etapa foi realizada de forma independente pelas quatro pesquisadoras, com posterior consenso entre os artigos pré-selecionados. O caminho metodológico da coleta de dados está ilustrado na Figura 1.

Seguiram-se os passos recomendados pelo checklist PRISMA, que consiste numa lista de 27 itens utilizados para a seleção dos estudos para revisões sistemáticas e metanálises e de um fluxograma explicativo, contendo os seguintes passos da coleta de dados: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Para a seleção dos artigos, aplicou-se o instrumento de coleta de dados baseado no modelo elaborado por Ursi (2005), constituindo-se de um formulário de questões abertas e fechadas, voltadas aos aspectos metodológicos dos estudos: título do trabalho, objetivo, periódico/revista, idioma, país, autores, base de dados, natureza do estudo, tipo de estudo, tipo de anticoncepcional estudado, sujeitos da pesquisa, efeitos colaterais identificados e limitações do estudo.

Nesse processo, foram encontrados 667 artigos, dos quais após leitura do título e do resumo foram excluídos 611 e pré-selecionados 56. Desses últimos, foi excluído 1 por estar duplicado e 46 por não atenderem à pergunta norteadora, ao abordarem o uso do anticoncepcional para tratamento de hemorragia e menopausa, ou por não descrever efeitos colaterais ou não apresentarem efeitos colaterais significativos. A composição da amostra final foi avaliada pelas quatro pesquisadoras, e por conseguinte, consenso entre elas, onde 9 artigos foram selecionados, sendo oito retirados da Cochrane e um da Pubmed.

Figura 1 – Fluxograma do caminho metodológico da coleta de dados

Fonte: elaborada pelas autoras.

Em seguida, foi aplicada a escala de Jadad para avaliação da qualidade de ensaios clínicos, a fim de assegurar que preenchessem padrões mínimos de qualidade enquanto estudos experimentais. A escala é composta por uma lista de cinco perguntas, a saber: 1a. O estudo foi descrito como aleatório (uso de palavras como “randômico”, “aleatório”, “randomização”)?; 1b. O método foi adequado? 2a. O estudo foi descrito como duplo-cego? 2b. O método foi adequado? 3. Houve descrição das perdas e exclusões? A escala resulta

num escore que varia de 0 a 5, sendo que estudos com escore < 3 são considerados com alto risco de viés (JADAD *et al.*, 1996).

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, tendo em vista que todos os artigos utilizados para este estudo foram devidamente citados e referenciados, mantendo a integridade dos pensamentos de seus autores e resultados de pesquisa.

3 RESULTADOS

Todas as pesquisas incluídas na amostra são ensaios clínicos que foram publicados entre os anos 1982 e 2015, no idioma inglês. Os estudos são de caráter multicêntrico, dos quais alcançaram, juntos, um total de 4.031 mulheres em uso de contraceptivos hormonais. Seis trabalhos foram realizados na Europa (AHRENDT *et al.*, 2006; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; NILSSON *et al.*, 1982; ODDSSON *et al.*, 2005; ROWE *et al.*, 2016; TEICHMANN *et al.*, 2009), três na América (NILSSON *et al.*, 1982; ODDSSON *et al.*, 2005; ROWE *et al.*, 2016), dois na Oceania (WEISBERG *et al.*, 1997; WEISBERG *et al.*, 2015) e um não apresentou o local de realização do estudo (SIVIN *et al.*, 1984). Todos os artigos foram publicados em periódicos estadunidenses do qual um foi publicado no periódico da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005), enquanto os demais, foram da *Contraception Journal Elsevier* (Quadro 1).

Para melhor ilustração dos resultados, os estudos foram organizados em um quadro-resumo e caracterizados segundo autores, ano e país de publicação; sujeitos do estudo; contraceptivo estudado; efeitos colaterais; e escore da escala de Jadad (Quadro 1).

A avaliação da qualidade, segundo a escala de Jadad, apontou boa qualidade metodológica dos estudos, onde sete obtiveram a pontuação 3 devido a não descreverem cegamento (AHRENDT *et al.*, 2006; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; ODDSSON *et al.*, 2005; ROWE *et al.*, 2016; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 1997; WEISBERG *et al.*, 2015), um estudo com pontuação 4, apresentando cegamento unilateral dos sujeitos da pesquisa (SIVIN *et al.*, 1984), e um estudo com pontuação 5, sendo de caráter duplo-cego (NILSSON *et al.*, 1982). Considera-se tais resultados como positivos, pois há com a presença de pesquisas de boa qualidade metodológica, indica-se a existência de evidências científicas significativas que podem contribuir para a compreensão de tais efeitos,

subsidiar uma prática clínica baseada em evidências e novas pesquisas que investiguem soluções para os efeitos colaterais.

Por meio do caminho metodológico seguido, foi possível detectar os efeitos colaterais e adversos de diferentes contraceptivos hormonais, sendo identificados os efeitos dos COC, anel vaginal e do DIU-LNG, em variadas dosagens hormonais.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos

Autores, ano, país de publicação	Sujeitos do estudo	Contraceptivo estudado	Efeitos colaterais
Ahrendt <i>et al.</i> (2006), Estados Unidos	716 Anel Vaginal: 355 COC: 361	Anel Vaginal COC	Anel vaginal: cefaleia, vaginite, leucorreia, TVP e displasia cervical. COC: cefaleia, náusea, dor mamária, dor abdominal, colelitíase, displasia cervical e carcinoma <i>in situ</i>
Miller, Verhoeven e Hout (2005), Estados Unidos	289	Anel Vaginal	Cefaleia, alterações de humor e queixas mamárias. Possivelmente relacionados: Colecistite aguda e crônica, colelitíase, leiomioma e TVP.
Nilsson <i>et al.</i> (1982), Estados Unidos	327	DIU-LNG	Cefaleia, ansiedade, acne, hipotensão, aumento na duração do ciclo menstrual, amenorreia, diminuição na perda de sangue menstrual e dismenorreia
Oddsson <i>et al.</i> (2005), Estados Unidos	732 Anel Vaginal: 363 COC: 369	Anel Vaginal COC	Anel vaginal: cefaleia, vaginite, leucorreia, depressão, náusea, dor mamária, dor abdominal, TVP. COC: cefaleia, hipertensão, náusea, dor mamária, dor abdominal, aumento de peso, diminuição da libido, depressão e acne
Rowe <i>et al.</i> (2016),	717	DIU-LNG	Aumento de peso, cistos ovarianos, tonturas, desmaio, cefaleia, massa

Autores, ano, país de publicação	Sujeitos do estudo	Contraceptivo estudado	Efeitos colaterais
Estados Unidos			anexial, câncer de mama, teratoma ovariano, amenorreia, redução do sangramento
Sivin <i>et al.</i> (1984), Estados Unidos	563	DIU-LNG	Cefaleia, náusea, diminuição de fluxo e ciclo menstrual, aumento dos níveis de hemoglobina, amenorreia, ansiedade, vertigem, depressão, acne e DIP
Teichmann <i>et al.</i> (2009), Estados Unidos	465 COC Contínuo: 216 COC Cíclico: 249	COC Contínuo LNG 90 mcg / EE 20 mcg Cíclico de 21 dias LNG 100 mcg / EE 20 mcg	Náusea, dor mamária, menorragia, metrorragia, amenorreia e sangramento vaginal, displasia cervical leve a moderada, depressão e cisto ovariano
Weisberg <i>et al.</i> (1997), Estados Unidos	129	Anel Vaginal	Náusea, cefaleia, vômito, vertigem, acne, escape, aumento do ciclo menstrual, amenorreia, dismenorreia, aumento de secreções e irritações vaginais, ganho e perda de peso
Weisberg <i>et al.</i> (2015), Estados Unidos	93 Anel Vaginal: 47 COC: 46	Anel Vaginal COC	Anel vaginal: mudanças de humor, cefaleia, padrão de sangramento inaceitável, ganho de peso, TVP. COC: mudanças de humor, cefaleia, padrão de sangramento inaceitável, acne, náusea, dismenorreia.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Legenda: DIU-LNG: Dispositivo intrauterino com levonorgestrel; COC: Contraceptivo oral combinado; POP: pílulas só com progestagênios; DIP: doença inflamatória pélvica; LNG: levonorgestrel; EE: Etinilestradiol; TVP: trombose venosa profunda.

4 DISCUSSÃO

Seis dos estudos apresentaram efeitos colaterais e adversos do anel vaginal, onde a cefaleia foi o efeito mais comum. Outros efeitos identificados em mais de um estudo foram vaginite, leucorreia, dor mamária, alterações de humor, alterações no padrão de sangramento menstrual, acne, alterações das células cervicais, náuseas e vômitos (AHRENDT *et al.*, 2006; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; NILSSON *et al.*, 1982; ODDSSON *et al.*, 2005; WEISBERG *et al.*, 1997; WEISBERG *et al.*, 2005). O efeito colateral grave mais comum foi a trombose venosa profunda (TVP) (AHRENDT *et al.*, 2006; ODDSSON *et al.*, 2005; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; WEISBERG *et al.*, 2015), e outros efeitos graves possivelmente relacionados ao uso do anel vaginal foram colecistite, colelitíase e leiomioma (MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005).

Quanto aos COC, os efeitos mais comuns foram cefaleia e náusea (AHRENDT *et al.*, 2006; ODDSSON *et al.*, 2005; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 2015), seguido de dor mamária (AHRENDT *et al.*, 2006; ODDSSON *et al.*, 2005; TEICHMANN *et al.*, 2009) e acne (ODDSSON *et al.*, 2005; WEISBERG *et al.*, 2015). Identificaram-se ainda dor abdominal, colelitíase, carcinoma *in situ*, hipertensão, dor abdominal, aumento de peso, diminuição da libido, depressão, menorragia, metrorragia, amenorreia, sangramento vaginal, displasia cervical leve a moderada, cisto ovariano, mudanças de humor, padrão de sangramento inaceitável e dismenorreia (AHRENDT *et al.*, 2006; ODDSSON *et al.*, 2005; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 2015).

No estudo de Ahrendt *et al.* (2006), que comparou dois grupos de mulheres em uso de COC e de anel vaginal, identificaram-se que as taxas de eventos adversos foram semelhantes entre os dois grupos. Os eventos relacionados ao uso do anel vaginal corresponderam a 24,5% das razões de descontinuações de seu uso, sendo a justificativa mais frequente. Já no grupo de mulheres em uso do COC, consideram-se que a dor mamária e náusea devido à ação do hormônio estrogênio, foram as razões mais frequentes de descontinuação nesse grupo, correspondendo a 27% das interrupções devido a eventos adversos.

Quanto ao DIU-LNG, três estudos apresentaram seus efeitos colaterais, em que os mais comuns foram amenorreia, cefaleia e diminuição do sangue menstrual (NILSSON *et al.*, 1982; ROWE *et al.*, 2016; SIVIN *et al.*, 1984). Outros efeitos identificados nos estudos foram ansiedade e vertigem (ROWE *et al.*, 2016; SIVIN *et al.*, 1984), acne (NILSSON *et al.*,

1982; SIVIN *et al.*, 1984), hipotensão e aumento na duração do ciclo menstrual e diminuição da dismenorreia (NILSSON *et al.*, 1982), aumento de peso, cistos ovarianos, desmaio, massa anexial, câncer de mama, teratoma ovariano (ROWE *et al.*, 2016), náusea, diminuição do ciclo menstrual, aumento dos níveis de hemoglobina, depressão e doença inflamatória pélvica (DIP) (SIVIN *et al.*, 1984).

No estudo realizado por Rowe *et al.* (2016), que comparou o uso do DIU-LNG com o DIU de cobre, identificaram-se que a taxa cumulativa global de descontinuações foi maior no grupo de mulheres em uso de DIU-LNG, tendo maiores casos de amenorreia e sangramento reduzido, enquanto o DIU de cobre teve resultado oposto, aumentando-se o fluxo menstrual de mulheres. Já na pesquisa de Sivin *et al.* (1984) o DIU-LNG foi associado a um aumento significativo nos dias de sangramento e aumentou significativamente os níveis de hemoglobina quando comparados aos valores de pré-admissão da pesquisa.

O padrão de sangramento alterado foi um efeito observado em diferentes contraceptivos e em diferentes fluxos de sangramento, variando de aumento ou diminuição ou ausência da menstruação (NILSSON *et al.*, 1982; ROWE *et al.*, 2016; SIVIN *et al.*, 1984; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 1997; WEISBERG *et al.*, 2015). Considera-se dentro da normalidade o fluxo menstrual médio de 3 a 8 dias, com perda sanguínea de 30 a 80mL e ciclo reprodutivo entre 24 e 34 dias (MACHADO, 2001).

Quanto à aplicação dos Critérios de Médicos Elegibilidade Clínica para o uso de anticoncepcionais nos sujeitos das pesquisas, a maioria dos estudos relatou o histórico clínico de seus sujeitos como um dos critérios de seleção, na finalidade de investigar condições que contraindicassem o uso do contraceptivo em questão. Além disso, também observou-se que os sujeitos foram previamente instruídos antes da realização da pesquisa quanto ao modo de uso e possíveis reações fisiológicas do anticoncepcional (AHRENDT *et al.*, 2006; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; NILSSON *et al.*, 1982; ODDSSON *et al.*, 2005; ROWE *et al.*, 2016; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 2015). Nesse contexto, ressalta-se que de acordo com as recomendações da OMS, ao iniciar o uso de algum método contraceptivo, a mulher seja advertida sobre os possíveis efeitos do contraceptivo, sendo participante da escolha dele (WHO, 2015).

Em alguns estudos é citado o acompanhamento ginecológico ou o interesse prévio em iniciar contracepção pelas participantes do estudo (AHRENDT *et al.*, 2006; MILLER; VERHOEVEN; HOUT, 2005; NILSSON *et al.*, 1982; ODDSSON *et al.*, 2005; ROWE *et al.*, 2016; TEICHMANN *et al.*, 2009; WEISBERG *et al.*, 2015), entretanto, observou-se

ausência de planejamento familiar realizado pelo enfermeiro. Sendo que as consultas de enfermagem podem ser importantes na prevenção de efeitos colaterais e adversos dos anticoncepcionais, que através de um plano de cuidados sistematizados e baseado em evidências, avaliação clínica e manejo dos critérios de elegibilidade podem minimizar a ocorrência desses efeitos (COREN-MG, 2017).

5 CONCLUSÃO

Todos os anticoncepcionais estudados apresentaram algum efeito colateral ou adverso, mesmo com tipos de contraceptivos e doses hormonais diferentes, onde os efeitos mais comuns encontrados foram: cefaleia, náuseas, vômitos, dores mamária e abdominal, mudanças no padrão de sangramento menstrual (aumento, diminuição ou ausência), alterações de humor, com maior tendência para ansiedade e depressão, e aumento de peso.

Dentre os artigos que abordaram acompanhamento clínico de seus sujeitos da pesquisa, nenhum mencionou o planejamento familiar realizado pelo enfermeiro. Portanto, sugere-se a participação ativa desses profissionais na realização de novos estudos sobre contracepção hormonal, incluindo-os no planejamento familiar para o início da contracepção e no acompanhamento clínico de mulheres em uso dos contraceptivos.

Esta pesquisa teve como fator limitante a ausência de estudos realizados com outros contraceptivos hormonais, como PDS, POP, AHI, adesivo anticoncepcional e implante subdérmico, por não passarem nos critérios de inclusão. Contudo, a qualidade metodológica dos estudos inclusos na amostra, enquadram-se dentro da proposta de pesquisa. Com isso, propõe-se o desenvolvimento de novos ensaios clínicos de boa qualidade metodológica que investiguem os efeitos colaterais e adversos desses contraceptivos hormonais.

REFERÊNCIAS

AHRENDT, H. *et al.* Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 lg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. **Contraception**, Estados Unidos, v. 74, n. 6, p. 451-457, Dec. 2006.

ALMEIDA, A. P. F.; ASSIS, M. M. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 5, n. 5, p. 85-93, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp->

content/uploads/2017/01/efeitos-colaterais-e-altera%C3%A7%C3%B5es-fisiol%C3%B3gicas-relacionadas-ao-uso-cont%C3%ADnuo-de-anticoncepcionais-hormonais-oraais-v-5-n-5.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas:** elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistematica.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

COREN-MG. **Guia de orientações para a atuação da equipe de enfermagem na atenção primária à saúde.** Belo Horizonte: Coren-MG, 2017. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Guia-de-Orientacoes-para-a-Atuacao-da-Equipe-de-Enfermagem-na-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

FINOTTI, M. **Manual de anticoncepção.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em: 5 fev. 2021.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 335-342, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0.** [S.l.]: The Cochrane Collaboration, 2011.

JADAD, A. R. Assessing the Quality of Reports of Randomized Clinical Trials: Is Blinding Necessary. **Elsevier Science Inc.**, New York, v. 17, n. 1, p. 1-12, Feb. 1996.

MACHADO, L.V. Sangramento uterino disfuncional. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 375-382, ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v45n4/a10v45n4.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

MILLER, L.; VERHOEVEN, C. H. J.; HOUT, J. Extended Regimens of the Contraceptive Vaginal Ring. **Obstet. Gynecol.**, Estados Unidos, v. 106, n. 3, p. 473-482, Sep. 2005.

NILSSON, C. G. *et al.* Clinical performance of a new levonorgestrel-releasing intrauterine device. A randomized comparison with a nova-t-copper device. **Contraception**, Estados Unidos, v. 25, n. 4, p. 345-356, Apr. 1982.

ODDSSON, K. *et al.* Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. **Contraception**, Estados Unidos, v. 71, n. 3, p. 176-182, Mar. 2005.

ROWE, P. *et al.* Safety and Efficacy of a 52 mg Levonorgestrel-medicated intrauterine device: A Seven Year Randomized Comparative Study with the TCU380. **Contraception**, Estados Unidos, v. 93, n. 6, p. 498-506, Jun. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357727/>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SANTOS, J. I. F. **Contracepção hormonal: evolução ao longo dos tempos**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/18588/1/Contracep%C3%A7%C3%A3o%20Hormonal%20Evolu%C3%A7%C3%A3o%20ao%20longo%20dos%20tempos.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

SILVA, C.V. **Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960**. 2017. 183 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) — Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25248/2/cristiane_silva_iff_mest_2017.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

SIVIN, I. *et al.* Intrauterine contraception with copper and with levonorgestrel: a randomized study of the tcu 380ag and levonorgestrel 20mcg/day devices. **Contraception**, Estados Unidos, v. 30, n. 5, p. 443-456, Nov. 1984.

TEICHMANN, A. *et al.* Continuous, daily levonorgestrel/ethinyl estradiol vs. 21-day, cyclic levonorgestrel/ethinyl estradiol: efficacy, safety and bleeding in a randomized, open-label trial. **Contraception**, Estados Unidos, v. 80, n. 6, p. 504-511, Dec. 2009.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/publico/URSI_ES.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

WEISBERG, E. *et al.* Effect of different insertion regimens on side effects with a combination contraceptive vaginal ring. **Contraception**, Estados Unidos, v. 56, n. 4, p. 233-239, Oct. 1997.

WEISBERG, E. *et al.* Randomized comparison of bleeding patterns in women using a combined contraceptive vaginal ring or a low-dose combined oral contraceptive on a menstrually signaled regimen. **Contraception**, Estados Unidos, v. 91, n. 2, p. 121-126, 2005. Disponível em: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/107355/1/ME1_PublWeisb2014.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>. Acesso em: 5 fev. 2021.

WHO. The Uppsala Monitoring Centre. **The Importance of Pharma**. Geneva: World Health Organization, 2002.

CAPÍTULO 6

COMPLICAÇÕES DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Carmo de Sousa¹

Jose Ernando Mesquita Mota¹

Larissa Monteiro Alves Fernandes¹

Larisse Auri da Silva Araripe¹

Pâmela Samanta Lima de Alencar¹

Lívia de Paulo Pereira²

Vanessa da Frota Santos³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza - Ceará

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Identificar na literatura científica evidências sobre as complicações da sífilis congênita (SC). **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, que foi realizada em quatro bases de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, WEB OF SCIENCE. Utilizaram-se os descritores: Sífilis Congênita e Gestantes (*Congenital Syphilis and Pregnant*). Foram incluídos artigos que estavam disponíveis gratuitamente na íntegra, com recorte temporal entre os anos de 2015 a 2020. Os achados foram discutidos com embasamento da literatura científica acerca da temática e classificados em níveis de evidência, sendo respeitada a integridade dos artigos e os direitos autorais. Foram identificadas cinco categorias: 1. Alterações Obstétricas; 2. Alterações Laboratoriais; 3. Alterações sistêmicas; 4. Alterações clínicas; 5. Alterações Dermatológicas. **Resultados:** Houve predominância da categoria 1, ou seja, as alterações obstétricas que abordavam: natimortalidade, aborto, óbitos neonatais, prematuridade, óbito fetal, asfixia neonatal e mortes perinatais. **Conclusão:** Os artigos apresentados nessa revisão permitiram a identificação das complicações da sífilis congênita que, mesmo dispondo de um tratamento com baixo custo para o governo, ainda apresenta um alto índice de incidência com desfechos negativos para população.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Gestantes. Transmissão Vertical de Doença Infecciosa.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma patologia bem comum que continua configurando-se um importante problema de saúde pública, tendo como agente etiológico o *Treponema pallidum* e que pode ser chamada de cancro duro ou Lues. Trata-se de uma doença altamente infecciosa, sexualmente transmissível, de evolução crônica e exclusiva do ser humano (LAFETÁ *et al.*, 2016).

A sífilis adquirida pode ser transmitida por via sexual sem preservativo, nas formas vaginal, anal ou oral, por transmissão sanguínea e vertical, de mãe para filho. O uso de preservativos em todas as relações sexuais é um método de barreira considerado seguro e um acompanhamento adequado associado à assistência de qualidade durante o pré-natal, são meios simples, baratos e confiáveis de prevenir a infecção. O diagnóstico é rápido e fácil, estando disponível em toda rede de atenção básica de saúde no Brasil. A infecção pode ser diagnosticada por meio da anamnese, exame físico, teste rápido e pelo exame de sangue para amostra do *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). Após o diagnóstico, deve-se iniciar o tratamento precocemente para reduzir as chances de transmissão da doença (BRASIL, 2016).

A sífilis primária é caracterizada por úlceras, geralmente única e indolor chamada de cancro duro, medindo de um a dois centímetros, com fundo limpo e bordas planas endurecidas que desaparecem espontaneamente em um período que varia de duas a seis semanas, sendo altamente infectante (SARACENI *et al.*, 2017). Já a secundária é caracterizada por lesões cutâneas exantemáticas ou placas úmidas na região vulvar ou perineal que surgem de um a dois meses após o aparecimento do cancro duro, e se não houver tratamento de dois a seis meses apareceram outros sintomas pelo corpo que, muitas vezes, centralizam-se nas mãos como a linfadenopatia generalizada (SOUZA, 2017).

A sífilis terciária é caracterizada e conhecida como tardia, podendo surgir lesões cardiovasculares e neurológicas, conhecida como neurosífilis, que podem acometer a pele, as mucosas e até mesmo formação de granuloma destrutivo (RAMOS; BONI, 2018).

Outro tipo de sífilis é a gestacional, que, na maioria das vezes, é identificada durante a triagem do pré-natal. Geralmente, as mulheres não têm conhecimento da infecção, podendo transmitir ao feto durante a gestação, essa forma é chamada de sífilis congênita e pode acarretar sequelas severas no desenvolvimento físico e sensorial da criança podendo ocasionar o óbito fetal (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). O tratamento da sífilis

gestacional deve ser realizado o mais precoce possível, ainda durante a gestação, com penicilina G benzatina e em caso de alergias a penicilina, utiliza-se a Ceftriaxona (BRASIL, 2019b).

A sífilis congênita acontece em virtude da disseminação da bactéria pela corrente sanguínea da mãe para o feto em qualquer fase da gestação, com grande potencial para determinar complicações sistêmicas no feto. Apesar de ser uma doença com prevenção e tratamento a um custo acessível, no Brasil, houve um aumento de três vezes na sua prevalência entre os nascidos vivos nos últimos dez anos. A realização de um pré-natal de qualidade permite uma abordagem efetiva da gestante infectada com o tratamento precoce e adequado, além do parceiro e da criança (ROMANELLI *et al.*, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano surgem cerca de 6 milhões de casos novos de sífilis em todo o mundo. No Brasil, em 2018, foram notificados 158.051 casos de sífilis adquirida segundo o boletim epidemiológico de 2019, sendo 62.599 casos de sífilis em gestantes; 26.219 casos de sífilis congênita evoluindo com 241 óbitos por essa forma da doença. A região Sudeste lidera a incidência de casos novos das três classificações citadas com 42,5 %, seguida da região Nordeste com 30% (BRASIL, 2019a).

O estado do Ceará ocupa o 3º lugar da região Nordeste com 2.712 de casos de sífilis adquirida, 2.149 casos de sífilis gestacional, 1.350 casos de sífilis congênita e oito óbitos por sífilis congênita referente ao ano de 2018. A taxa de detecção de sífilis em gestantes é de 21,4 casos para cada 1000 nascidos vivos. É interessante ressaltar que 52,5% das gestantes com sífilis tinham idade entre 20 a 29 anos; 24,7% entre 15 a 19 anos e 19,4% 30 a 39 anos. Em relação à cor, 50,8% eram pardas, 28,6% brancas e 12,2% pretas. A maioria dos casos foi diagnosticada no primeiro trimestre da gestação (BRASIL, 2019a).

A sífilis congênita em 2018 teve a taxa de incidência de nove casos para cada 1.000 nascidos vivos, a região nordeste ficou em segundo lugar com taxa de 9,6 casos/1.000 nascidos vivos, apresentando o coeficiente acima da taxa nacional. Dentre os estados, o Ceará ocupou a sexta colocação com 10,6 casos/1.000 nascidos vivos. Já em relação à sífilis adquirida, o país teve um aumento na incidência de 28,3%, ou seja, houve um aumento de 59,1 para 75,8 casos por 100.000 habitantes. A faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos. Em relação ao sexo, 59,4% era do sexo feminino e 40,6% do sexo masculino (BRASIL, 2019a).

A temática torna-se relevante, pois se observa nos estudos que existe o aumento no número de casos, complicações e que várias mulheres são acometidas por esse problema, em

algumas circunstâncias chegam a não ter acesso ao tratamento adequado, aumentando as chances de transmissão ao conceito, dificultando um controle. Sabe-se que ocorre uma alta significativa dos casos referentes à sífilis congênita, quando existe falha na assistência. É uma doença de fácil prevenção conseguindo evitá-la na gestação logo após o diagnóstico, podendo ser tratada antes do parto.

Para reduzir o número de casos de sífilis gestacional, deve-se ampliar o acesso aos testes durante o pré-natal para detecção e tratamento precoce, evitando complicações posteriores, além de qualificar a assistência. Segundo a OMS, o aconselhamento dessa gestante é imprescindível para que ela possa compreender o porquê da realização dos exames, do acompanhamento durante o pré-natal, do tratamento precoce e do acompanhamento e tratamento do parceiro, para evitar uma reinfecção (DANTAS *et al.*, 2017).

Este estudo é importante, pois se identifica na literatura que existe ascensão no número de casos de gestantes e crianças acometidas pela sífilis congênita. Por esse motivo, buscou-se identificar as principais complicações e assim fornecer dados e informações aos profissionais da saúde, para desenvolverem uma assistência mais segura, específica e eficiente. Além disso, em virtude das fragilidades na dinâmica operacional dos serviços de saúde, a pesquisa poderá servir de subsídio para que os sistemas de saúde possam desenvolver políticas de prevenção, controle e promoção da saúde, que busquem reduzir os números de casos dessa infecção.

Diante da importância de se estudar a temática e devido ao aumento no número de casos e da mortalidade, surgiu a seguinte pergunta norteadora: Quais as complicações da sífilis congênita identificadas na literatura?

Assim, objetivou-se identificar na literatura científica evidências sobre as complicações da sífilis congênita.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, fornecendo informações mais amplas sobre um assunto e/ou problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias, identificação de lacunas nas áreas de estudos, e ainda combinar estudos com diversas metodologias sobre um

determinado tópico, ampliando as possibilidades de análises da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Buscou-se responder à seguinte questão norteadora, formulada com base na estratégia PICO (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010): “Quais as complicações da sífilis congênita?”. Onde o **P** refere-se às crianças expostas, o **I** refere-se à sífilis, o **C** não tem comparação e **O** referem-se às complicações.

Foram incluídos artigos publicados com recorte temporal nos últimos cinco anos, de 2015 a 2020, pois já existia revisão com a mesma temática nos anos anteriores, que estivessem disponíveis eletronicamente, na íntegra e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos duplicados, os que não abordaram a temática em questão e os artigos de revisão da literatura.

A busca eletrônica foi realizada por cinco revisores, durante os meses de agosto e setembro de 2020, em quatro bases de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, *Web of Science*. Foram utilizados os seguintes descritores: “Sífilis Congênita” e “Gestantes”, disponíveis no Descritores em Ciências da Saúde (DecS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), nos idiomas português, inglês e espanhol, com uso do operador booleano AND.

A partir dos cruzamentos realizados, foram encontrados 297 artigos, sendo selecionados 23. Foram excluídas 15 publicações duplicadas; 246 artigos que abordavam HIV, Tuberculose, Citomegalovírus, Toxoplasmose e Hepatites ainda 13 artigos sobre revisão de literatura. A Figura 1 mostra a identificação, seleção e inclusão das produções científicas.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos. Fortaleza, 2020

Fonte: elaborada pelos autores.

A análise dos dados foi realizada mediante tradução e leitura dos artigos na íntegra, por cinco autores, de forma independente. Houve reuniões entre os revisores para consenso em caso de dúvidas. As informações foram transcritas e organizadas a partir de um instrumento validado (URSI; GAVÃO, 2006), que investigou: ano de publicação, país, periódico, desenvolvimento metodológico, complicações da sífilis congênita e níveis de evidência.

Os níveis de evidência foram determinados da seguinte forma: **Nível I** Evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados ou oriundos de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados e randomizados; **Nível II** Evidências provenientes de estudos individuais controlados e randomizados; **Nível III** Evidências de estudos experimentais sem randomização; **Nível IV** Evidências provenientes de coorte ou caso-controle; **Nível V** Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; **Nível VI**

Evidências originárias de um estudo descritivo ou qualitativo; **Nível VII** Evidências obtidas de opiniões de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Após análise, as complicações da sífilis congênita foram agrupadas em cinco categorias: 1. Alterações Obstétricas; 2. Alterações Laboratoriais; 3. Alterações sistêmicas; 4. Alterações clínicas; 5. Alterações Dermatológicas.

Os achados foram discutidos com embasamento da literatura científica acerca da temática, sendo respeitada a integridade dos artigos e os direitos autorais, não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício desta pesquisa.

3 RESULTADOS

Quanto à caracterização dos artigos selecionados, o ano de publicação variou de 2015 a 2020, Dentre esses artigos, 15 foram publicados no Brasil, seis nos EUA, um no Reino Unido e um na Coréia. Em relação aos níveis de evidência prevaleceram o nível VI.

Quadro 1 – Relação dos artigos e suas respectivas classificações e divisões para análise. Fortaleza, 2020

Autor/Ano	Periódico	País	Tipo de estudo	Resultado	Nível de evidência
Romanelli <i>et al.</i> (2015)	Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis	Brasil	Transversal	Alteração no hemograma Alteração óssea	Nível VI
Hebmuller <i>et al.</i> (2015)	Ciênc. saúde coletiva	Brasil	Estudo de caso	Natimortalidade Baixo peso ao nascer	Nível VI
Muricy e Pinto Júnior (2015)	Rev. Soc. Bras. de Med. Tropical	Brasil	Transversal	Natimortalidade	Nível VI
Lixia <i>et al.</i> (2016)	BioMed Research	Reino Unido	Transversal	Natimortalidade Prematuridade	Nível VI

Autor/Ano	Periódico	País	Tipo de estudo	Resultado	Nível de evidência
	International			Baixo peso ao nascer	
Berrueta <i>et al.</i> (2017)	Gates Open Research	USA	Transversal	Mortes perinatais Prematuridade Malformações congênitas	Nível VI
Kim <i>et al.</i> (2017)	Journal of Korean Medical Science	Coreia	Estudo de caso	Lesões cutâneas Icterícia Pseudoparalisia Hepatoespleno-megalia Anemia	Nível VI
Cardoso <i>et al.</i> (2018)	Rev. Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Transversal	Alteração liquórica Aborto Natimortalidade	Nível VI
Vázquez <i>et al.</i> (2018)	Sex., salud soc.	Brasil	Estudo de caso	Equimoses Flictenas cutâneas Pênfigos sifilíticos Natimortalidade Aborto Prematuridade	Nível VI
Zhang <i>et al.</i> (2018)	Med. Sci. Monit.	USA	Estudo de caso	Aborto Natimortalidade Asfixia neonatal	Nível VI
Slutsker <i>et al.</i> (2018)	Morbidity and Mortality Weekly Report	USA	Caso controle	Aborto Natimortalidade Morte infantil precoce	Nível IV
Diorio, Kroeger e Ross (2018)	Sexually Transmitted Diseases	USA	Estudo de caso	Aborto Deficiências neurológicas Natimortalidade	Nível VI

Autor/Ano	Periódico	País	Tipo de estudo	Resultado	Nível de evidência
Kale <i>et al.</i> (2018)	Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Transversal	Malformações Congênitas Natimortalidade Aborto	Nível VI
Hersh, Megli e Caughey (2018)	Obstetrics & Gynecology	USA	Estudo de coorte	Natimortalidade	Nível IV
Santos <i>et al.</i> (2018)	Clinical & Biomedical Research	Brasil	Transversal	Morte Fetal	Nível VI
Jesus <i>et al.</i> (2019)	Rev. Nursing	Brasil	Transversal	Óbitos neonatais Natimortalidade Prematuridade Baixo peso ao nascer	Nível VI
Pastro <i>et al.</i> (2019)	Rev. J Hum Growth	Brasil	Transversal	Aborto Prematuridade Deformidades Perda auditiva	Nível VI
Wang <i>et al.</i> (2019)	Morbidity and Mortality Weekly Report	USA	Caso controle	Natimortalidade Baixo peso Prematuridade	Nível IV
Torres <i>et al.</i> (2019)	Rev Ver. Bras. Gin. Obstet.	Brasil	Transversal	Prematuridade Aborto	Nível VI
Silva, G. <i>et al.</i> (2020)	Rev. Enfermaria global	Brasil	Transversal	Natimortalidade Morte Perinatal Mortes Fetais	Nível VI
Silveira <i>et al.</i> (2019)	Rev. Pan Americana de	Brasil	Transversal	Aborto Natimortalidade	Nível VI

Autor/Ano	Periódico	País	Tipo de estudo	Resultado	Nível de evidência
	Salud Pública			Deformidades congênitas	
Soares <i>et al.</i> (2020)	Epidemiol. Serv. Saúde	Brasil	Transversal	Aborto Óbito fetal Natimortalidade Baixo peso ao nascer Prematuridade Malformações congênitas	Nível VI
Vescovi e Schuelter- Trevisol (2020)	Rev. Paul. Pediatr.	Brasil	Transversal	Icterícia Manifestações Cutâneo – Mucosa	Nível VI

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação à categoria temática, houve predominância de artigos que tratavam a categoria 1, relacionada a alterações obstétricas que abordavam: natimortalidade, aborto, óbitos neonatais, prematuridade, óbito fetal, asfixia neonatal e morte perinatais. A categoria 2 abordou as alterações laboratoriais que destacaram: Alteração no hemograma e anemia. Na categoria 3, que são as alterações sistêmicas, têm-se: malformações congênitas, alterações liquóricas, deficiência neurológica, icterícia, pseudoparalisia, hepatoesplenomegalia e deformidades congênitas. Nas alterações clínicas, elencaram-se: alteração óssea, baixo peso ao nascer, morte infantil precoce, deformidades congênitas, perda de peso e perda auditiva. Por fim, na categoria 5, que foram as alterações dermatológicas, dentre as quais se destacaram: Flictenas cutâneas, equimoses, pênfigo sífilítico e manifestações cutâneo-mucosas.

4 DISCUSSÃO

A partir dessa pesquisa, foram descritas as complicações da sífilis congênita em relação às alterações obstétricas, laboratoriais, sistêmicas, clínicas, dermatológicas. A análise

dos níveis de evidência mostrou predominância do nível VI, ou seja, as evidências provenientes dos estudos descritivos ou qualitativos (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Em referência às complicações obstétricas, tem-se a natimortalidade que é um problema que acarreta uma preocupação global, visto que apresenta um alto índice em países de baixa renda onde as pessoas são socioeconomicamente desfavorecidas (CARVALHO; PELLANDA; DOYLE, 2018). A sífilis congênita é responsável por uma taxa de 25% da natimortalidade, tendo uma relação direta ao diagnóstico precoce dessa infecção, pois identificada e tratada pode ser evitada (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). Outra complicação identificada foi o aborto, sendo representado por uma taxa de 40% de casos de gestantes com sífilis congênita, ele é um evento que ocorre frequentemente e persiste em acontecer com mulheres de todas as classes sociais e raças, independente de nível educacional e religião, sendo por várias vezes de origem desconhecida, também considerada problema de saúde pública e caracterizada pela perda de três ou mais gestações de forma subsequente sendo a maioria ocorrendo antes da décima terceira semana de gestação (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os óbitos neonatais correspondem a óbitos de zero a vinte e sete dias de vida, tem-se o precoce, que são os que ocorrem na primeira semana de vida, e o tardio, que ocorre entre o 7º e o 27º dia de vida, leva-se em consideração como foi prestada aquela assistência no pré-natal, parto e puerpério, é um forte indicador para a saúde da população, também sendo um problema de saúde pública (ALMEIDA *et al.*, 2017). Os óbitos neonatais estão relacionados a 50% das gestantes que não são tratadas, podendo transmitir a SC ao feto, assim levando-o ao óbito (AZEVEDO *et al.*, 2017).

O óbito fetal tem como uma de suas principais causas o tratamento inadequado da SC, levando o feto a tal complicação (MENEZZI *et al.*, 2016). No nosso país, no ano de 2006, tivemos uma taxa de 2,3 óbitos fetais por 100 mil nascidos vivos e, por tratamentos inadequados, acabamos tendo uma crescente de 7,4 de óbitos fetais no ano de 2015, a mortalidade por essa infecção chega a até 40% das crianças que são infectadas (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Outra alteração identificada foi a prematuridade que é uma das complicações com a incidência de 40% relacionada às mortes por sífilis congênita, em que essas mulheres não sendo tratadas, a transmissão vertical pode chegar à 100% dos casos, e se tratadas, essa

transmissão cai para 1% a 2% dos casos, refere-se ao parto anterior às 37 semanas de gestação (VIDAL; MASCARENHAS, 2018).

A asfixia neonatal está presente em 34% dos partos prematuros, um percentual relevante de óbitos e está associada a causas que podem ser evitáveis dentre as quais ocupam posição de infecções maternas como a sífilis que leva a tal complicação (ALMEIDA *et al.*, 2017). Apesar de ter uma baixa nas taxas no Brasil de morte precoce por asfixia perinatal em neonatos com bom aspecto de peso ao nascer e sem malformações (PEREIRA *et al.*, 2016).

Mortalidade perinatal está entre um dos indicadores com mais recomendações para receber uma avaliação neonatal e obstétrica dos serviços de saúde, com uma taxa de 40% de óbitos perinatais quando relacionada a gestantes com SC, concebe tanto os óbitos fetais que são os que ocorrem a partir da vigésima segunda semana completa de gestação e com peso de 500g, como também os óbitos neonatais precoces que ocorrem entre zero a seis de vida (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Em referência às alterações laboratoriais encontradas nos RN diagnosticados com SC, a maioria apresentou VDRL positivo em quantidade inferior ao da mãe, anemia, leucocitose e linfocitose (ROMANELLI *et al.*, 2015). E, em um caso raro, o RN desenvolveu Síndrome Nefrótica Congênita dois meses após o nascimento, causada pela SC com as seguintes alterações sanguíneas: anemia, proteína C reativa elevada, níveis de proteína e albumina baixos, proteinúria e hematúria. Nesse caso, a mãe tinha sífilis, porém não foi realizado tratamento durante a gravidez. O bebê fez o tratamento por 15 dias e após algumas semanas obteve a melhora das taxas hematológicas (KIM *et al.*, 2017).

No que concerne às complicações sistêmicas possíveis na SC, podemos destacar as alterações precoces e as tardias, as quais apresentam no RN sinais e sintomas inespecíficos que devem ser investigados para o diagnóstico diferencial, pois outras síndromes congênitas podem apresentar os mesmos sinais e sintomas. Dentre os mais clássicos referentes às alterações precoces, está a febre apresentada em crianças nascidas de mães infectadas tardiamente na gestação com tratamento inadequado (BRASIL, 2018).

A hepatomegalia indicou, em alguns casos, falha do tratamento materno em prevenir a transmissão vertical, ela está associada à icterícia e à colestase. Mesmo com tratamento adequado, a melhora dos sintomas é lenta. A esplenomegalia acontece em aproximadamente 50% dos pacientes com hepatomegalia, ela não ocorre isoladamente, ocasionando a hepatoesplenomegalia. Outra alteração identificada foi a Linfadenomegalia generalizada que pode chegar a 1 cm de diâmetro, geralmente apresenta-se não flutuante e firme no local.

Ademais, o edema que aparece no RN, normalmente pode ser devido à anemia, à hidropisia fetal, à síndrome nefrótica e principalmente à desnutrição (BRASIL, 2018).

Com relação às alterações tardias na criança exposta à SC, espera-se que o exame físico seja completamente normal. Porém, ela pode apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, diretamente relacionado ao sistema nervoso central, apresentando comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, além de paresia juvenil. Alterações liquóricas devem ser avaliadas a cada seis meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurosífilis), até que normalize. Evidências demonstram que a malformação congênita é uma consequência da falta de adesão da gestante e de seu parceiro ao tratamento, relacionada à falta de informações sobre a doença, bem como a baixa qualidade no tratamento, ou tratamento inadequado, quando diagnosticado durante a gestação e sem tempo hábil do tratamento devido à proximidade do parto (SILVA, M., 2020).

As complicações clínicas podem ocasionar graves consequências para as crianças como o baixo peso ao nascer. Diversos neonatos portadores de SC apresentam baixo peso ao nascer e, por isso, precisam permanecer por um período maior em Unidades de Terapia Intensiva e os procedimentos realizados em RN com sífilis representam um custo três vezes superior aos cuidados fornecidos a um RN sem a infecção (COSTA *et al.*, 2017). Outra complicação identificada foram as alterações ósseas, que são lesões frequentes e que constituem a primeira manifestação da doença a partir do quinto mês de vida, sendo caracterizada por osteomielite diafisária, osteíte, periostite e osteocondrite e que afetam principalmente as áreas da cartilagem em crescimento e especialmente áreas de rápido crescimento (COSTA *et al.*, 2017).

A morte infantil precoce apresentou nos últimos anos um crescimento considerável na incidência de SC, com taxas que aumentaram de 1,7% casos em cada 1.000 nascidos vivos em 2004 para 4,7% em 2013. Neste período, a taxa de morte infantil precoce avançou de 2,2% para 5,5% por 1000 nascidos vivos (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016). Dentre as deformidades congênitas identificadas, têm-se as consequências da ausência do tratamento do RN, as quais podem acarretar sequelas irreversíveis, tais como, lesões neurológicas e retardo mental (COSTA *et al.*, 2017).

A perda de peso em RN que apresentam perda de peso ocorre devido principalmente à prematuridade. O parto prematuro entre 30 e 36 semanas de gestação é muito frequente em crianças portadoras de SC (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016). A perda auditiva varia entre

25% a 38%, dos casos, podendo ser flutuante, acompanhada ou não de sinais vestibulares (COSTA *et al.*, 2017).

Em relação às alterações dermatológicas, têm-se os flictenas cutâneos, que são elevações que contêm líquido e são revestidas por epitélio que pode atingir tanto a epiderme quanto a derme, esse líquido sai dos vasos preenchendo os espaços entre as camadas, sendo chamado também de bolhas, podendo ocorrer com frequência nos RN com sífilis (VÁZQUEZ, 2018).

As equimoses são caracterizadas por uma hemorragia no tecido subcutâneo causando a ruptura de capilares sanguíneos e, conseqüentemente, ocasionando uma coloração escura com bordas longas, e seu surgimento são os primeiros indícios de uma doença infectocontagiosa como a sífilis (VÁZQUEZ, 2018).

O pênfigo sífilítico apresenta-se como lesões bolhosas, chamadas também de vesículas, que podem se manifestar nos neonatos infectados por sífilis. Mesmo muitas vezes não apresentando os sintomas da doença, alguns neonatos podem ter o pênfigo sífilítico que, na maioria das vezes, ficam localizadas nas mãos e na boca podendo ser serosas ou purulentas (BOTTURA *et al.*, 2019).

As manifestações cutâneo-mucosas são lesões tuberosas, identificadas também como lesões-satélites eritematosas, que normalmente são perceptíveis no momento da anamnese, e o seu surgimento frequentemente é um indicativo de que a doença já está em um estágio mais avançado, podendo surgir desde o nascimento do recém-nascido com sífilis congênita (VESCOVI; SCHUELTER-TREVISOL, 2020).

5 CONCLUSÃO

Em suma, os artigos apresentados nessa revisão permitem a identificação das complicações da sífilis congênita, que, mesmo dispondo de um tratamento com baixo custo para o governo, apresenta um alto índice de incidência com desfechos negativos. Dentre eles, estão equimoses, morte infantil precoce, alterações ósseas, baixo peso ao nascer, perda auditiva, entre outras complicações.

Mesmo a sífilis congênita sendo uma doença bem conhecida, com diversos programas desenvolvidos pelo governo que repassam muitas informações para a população em geral, ainda surgem complicações relacionadas à falta de informação sobre a doença como a malformação congênita. Outra complicação que também está bastante presente é o aborto,

que surge com frequência tanto nas mulheres de nível educacional elevado como nas que têm um nível educacional inferior.

O trabalho limitou-se a pesquisas em periódicos científicos. Dessa forma, publicações de anais, teses, dissertações e livros, não foram considerados. Durante a pesquisa bibliográfica, identificaram-se trabalhos relacionados a alterações obstétricas, porém, encontramos escassez em alterações laboratoriais, sistêmicas e dermatológicas.

Portanto, por mais que a sífilis seja uma patologia popularmente conhecida, percebemos que a maioria dos casos não são tratados corretamente, acarretando em consequências severas para a mãe e para o bebê. Então, “Será que a educação em saúde em relação à sífilis está falhando?”. Fica a sugestão para que os profissionais comecem a ter um “olhar” educador da doença para que possamos tentar identificar o que está falhando para melhorar essas taxas de natimortalidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F. B. *et al.* Óbitos neonatais precoces associados à asfixia perinatal em neonatos ≥ 2.500 g no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 576-584, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v93n6/pt_0021-7557-jped-93-06-0576.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

AZEVEDO, A. C. *et al.* Evolução da qualidade das informações das declarações de óbito com menções de sífilis congênita nos óbitos perinatais no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 259-267, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030214.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BERRUETA, M. *et al.*, Syphilis screening and treatment in pregnant women in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo and in Lusaka, Zambia: a cross-sectional study. **Gates open research**, [S.l.], v. 1, p. 13, Dec. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5764227/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BOTTURA, B. R. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 69-75, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/515/734>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 6 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, n. especial, out. 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 6 fev. 2021.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza-Ce, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0563.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

CARVALHO, T. S.; PELLANDA, L. C.; DOYLE, P. Stillbirth prevalence in Brazil: an exploration of regional differences. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 94, n. 2, Mar./Apr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000200200. Acesso em: 6 fev. 2021.

COSTA, C. V. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. **Arq. Catarin Med.**, Florianópolis, v. 46, n. 3, p. 194-202, jul./set. 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/94/191>. Acesso em: 6 fev. 2021.

DANTAS, L. A. *et al.* Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil. **Enfermería Global**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 227-236, abr. 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00217.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

DIORIO, D.; KROEGER, K.; ROSS, A. Social vulnerability in congenital syphilis case mothers: qualitative assessment of cases in Indiana, 2014 to 2016. **Sexually transmitted diseases**, [S.l.], v. 45, n. 7, p. 447-451, jul. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5995623/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

FEITOSA, J. A. S.; ROCHA, C. H. R.; COSTA, F. S. Artigo de revisão: sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 286-297, 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6749>. Acesso em: 6 fev. 2021.

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-

2878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2867.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

HERSH, A. R.; MEGLI, C. J.; CAUGHEY, A. Repeat screening for syphilis in the third trimester of pregnancy: a cost-effectiveness analysis. **Obstetrics and gynecology**, [S.l.], v. 132, n. 3, p. 699-707, Sep. 2018.

JESUS, T. B. S. *et al.* Sífilis em gestante e congênita: casos notificados de um município do Noroeste Paulista. **Revista Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 22, n. 250, p. 2766-2771, mar. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/250/pg61.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

KALE, P. L. *et al.* Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1577-1590, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1577.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

KIM, Y. H. *et al.* Congenital Syphilis Presenting with Only Nephrotic Syndrome: Reemergence of a Forgotten Disease. **J Korean Med Sci.**, [S.l.], v. 32, n. 8, p. 1374-1376, Aug. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494339/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

LAFETÁ, K. R. G. *et al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

LIXIA D. *et al.* Epidemic profile of maternal syphilis in China in 2013. **BioMed Research International**, [S.l.], v. 2016, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2016/9194805.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

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.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MENEZZI, A. M. E. *et al.* Vigilância do óbito fetal: estudo das principais causas. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 208-212, 2016. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155574/A07.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

MURICY, C. L.; PINTO JÚNIOR, V. L. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 48, n. 2, p. 216-219, Mar./Apr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v48n2/0037-8682-rsbmt-48-02-00216.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

OLIVEIRA, M. T. S. *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 373-384, abr./jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v20n2/pt_1519-3829-rbsmi-20-02-0361.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Syphilis in during pregnancy: Association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-10, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3019.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

PASTRO, D. O. T. *et al.* Qualidade do pré-natal e condições clínicas dos neonatos expostos à sífilis. **J. Hum. Growth Dev.**, Santo André, v. 29, n. 2, p. 249-256, maio 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v29n2/pt_13.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

PEREIRA, R. C. *et al.* Epidemiological Profile of Perinatal Mortality and Preventability Perfil Epidemiológico Sobre Mortalidade Perinatal E Evitabilidade Perfil Epidemiológico De Mortalidad Perinatal Y Evitabilidad. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1763-1772, maio 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13555/16333>. Acesso em: 6 fev. 2021.

RAMOS, M. G.; BONI, S. M. Prevalência da sífilis gestacional e congênita na população do Município de Maringá - PR. **Saúde e Pesquisa**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 517-526, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6695/3285>. Acesso em: 6 fev. 2021.

ROMANELLI, R. M. C. *et al.* Management of syphilis in pregnant women and their newborns: is it still a problem? **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Niterói, v. 27, n. 1-2, p. 35-39, 2015. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista27-1-2-2015/DST_v27n1_full-version.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

ROMANELLI, R. M. C. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta. **Revista Med.**, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 1-8, 2018.

SANTOS, K. C. *et al.* Frequência de sífilis em gestantes. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 81-86, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/75833/pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev. Panamerican de Salud Pública**, [S.l.], v. 41, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/e44>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SILVA, G. M. *et al.* Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalência. **Revista Enfermaria Global**, Murcia, v. 19, n. 57, p. 122-136, 2020. Disponível em:

http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n57/pt_1695-6141-eg-19-57-107.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

SILVA, M. F. C. F. *et al.* Sífilis congênita como uma abordagem sistêmica. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 51840-51848, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13969/11677>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Evolução para eliminação da sífilis congênita na América Latina e Caribe: uma análise multicampeão. **Rev. Panam. Salud. Publica**, [S.l.], v. 43, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50480/v43e312019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SLUTSKER, J. S., HENNESSY, R. R., SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases - New York City, 2010-2016. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, [S.l.], v. 67, n. 39, p. 1088-1093, Oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6171893/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SOARES, K. K. S. *et al.* Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, [S.l.], v. 29, n. 1, Abr. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2018193/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SOUZA, B. C. Manifestações clínicas orais da sífilis. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 82-85, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6981/4321>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: What is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 5 fev. 2021.

TORRES, R. G. *et al.* Syphilis in Pregnancy: The Reality in a Public Hospital. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 90-96, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v41n2/0100-7203-rbgo-41-02-00090.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfer.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, jan./fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

VÁZQUEZ, G. G. H. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio Notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. **Sex., Salud. Soc.**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 226-245, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sess/n28/1984-6487-sess-28-226.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

VESCOVI, J. S.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Aumento da incidência da Sífilis Congênita no estado de SC no período de 2007-2017: análise tendência temporal. **Rev. Paulista de Ped.**, São Paulo, v. 38, p. e2018390, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v38/pt_1984-0462-rpp-38-e2018390.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

VIDAL, I. R.; MASCARENHAS, F. A. N. Sífilis na gestação e sífilis congênita: relato de caso e revisão da literatura sobre suas possíveis causas e estratégias de enfrentamento no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. p. 81136-81149, out. 2018. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18694/15059>. Acesso em: 6 fev. 2021.

WANG, Y. *et al.* Risk Factors for Congenital Syphilis Transmitted from Mother to Infant - Suzhou, China, 2011-2014. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, [S.l.], v. 68, n. 10, p. 247-250, Mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6421965/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

ZHANG, X. *et al.* Surveillance of Maternal Syphilis in China: Pregnancy Outcomes and Determinants of Congenital Syphilis. **Med. Sci. Monit.**, [S.l.], v. 24, p. 7727-7735, Oct. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6216479/>. Acesso em: 6 fev. 2021.

CAPÍTULO 7

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA ÓSSEO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cynara Damasceno Lopes¹

Gicelda de Melo Reis¹

Manoel Genival Rodrigues Sombra¹

Maria Valglenia Lopes¹

Juliana Sampaio dos Santos²

Carmina Guimarães Veloso²

Vanessa da Frota Santos³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza - Ceará

³Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Revisar artigos que versam sobre qualidade de vida do idoso vítima de trauma ósseo. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa. Foram consideradas publicações veiculadas entre 2016 e 2020, em português e inglês, nas bases eletrônicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a partir da utilização das palavras-chave “Qualidade de Vida”, “Idoso” e “Trauma Ósseo”. Foram selecionadas seis publicações que atenderam critérios norteados por 6 passos: I) Elaborar um questionamento; II) Estabelecer amostragem; III) A relevância na coleta dos dados na sua totalidade; IV) Realizar análise crítica; V) Interpretar e discutir os resultados; VI) Analisar opiniões baseadas em evidências. **Resultados:** Foram selecionados seis artigos a partir dos quais foram delineadas categorias inerentes, como: Qualidade de vida após trauma ósseo; Morbidades associadas à fragilidade na pessoa idosa; Intervenção cirúrgica para qualidade de vida. **Conclusão:** O trauma ósseo na pessoa idosa tem como fator natural o processo de envelhecimento e as próprias comorbidades. E para melhorar a qualidade de vida do idoso, a forma terapêutica ideal é atividade física, respeitando as limitações e motivando a autoestima. Evidenciou-se trauma ósseo predominantemente em mulheres, acentuado pela pós-menopausa.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Trauma osseo.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está em contínuo crescimento e o número de idosos no Brasil é um dos maiores do mundo. Estima-se que, em 2025, o Brasil esteja com 32 milhões de idosos, sendo a sexta população mais velha do mundo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Existem várias formas de conceituar e definir o idoso, uma delas é a da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), que se fundamenta na idade cronológica, na qual a definição de idoso inicia-se aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. Já no Brasil, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013), pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas.

Junto com a mudança demográfica que indica o envelhecimento populacional, o predomínio de traumas em idosos tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, especialmente nos grandes centros urbanos, fazendo com que a traumatologia integre a área da geriatria cada vez mais (LOCKS *et al.*, 2016).

A traumatologia da atualidade se utiliza do conhecimento específico da gerontologia a fim de dedicar-se ao idoso vítima de trauma, visto que esse paciente aparentemente é considerado mais crítico, por precisar de internação hospitalar com mais frequência, retratar grande proporção dos pacientes internados nas unidades de traumatologia e consumir mais recursos do que os de qualquer outro grupo etário (LEITÃO *et al.*, 2018).

Segundo Abreu *et al.* (2018), as estatísticas mostram que grande número de idosos sofre algum tipo de trauma pela falta de acessibilidade dos espaços domésticos e públicos, mal adaptados, o que pode explicar o aumento de casos de pacientes idosos no setor de traumatologia.

As quedas configuram um ponderoso problema para as pessoas idosas e estão relacionadas a elevados índices de doenças, mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce, bem como à alta predisposição às lesões. Por esses motivos, a importância da ocorrência de queda deve ser considerada (BRASIL, 2017).

Conforme Saad (2006), o impacto de uma crescente massa de população idosa propõe a necessidade de um atendimento diferenciado, devido ao aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas, além da ocorrência de danos graves, como as quedas. Estas, por sua vez, podem trazer sérios riscos à saúde e afetar completamente a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares, além de envolver custos pessoais, sociais e econômicos.

No Brasil, cerca de um em cada 10 idosos está inserido no grupo de pessoas com mais de 80 anos. Até 2050, um em cada cinco idosos terá 80 anos ou mais. Em termos absolutos, estima-se que o número de idosos com 80 anos ou mais passará de 1,2 milhão para 10,2 milhões, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

As quedas agravam-se anualmente. Elas atingem um em cada três idosos com idade superior a 65 anos e é a principal causa de morte por lesão em adultos com mais de 64 anos. As quedas também se configuram como a causa mais comum de lesões não fatais e em admissões nas unidades traumatológicas nessa faixa etária, seguidos dos acidentes automobilísticos, atropelamentos e agressões (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Os acidentes automobilísticos também possuem como resultado, em sua maioria, os traumas situados, principalmente, nos membros inferiores – MMII – e na região do quadril. Dentre tais acidentes, estão os atropelamentos, totalizando 54% das internações e intervenções nas unidades traumatológicas (MORAES *et al.*, 2018).

Além disso, existem diversos outros fatores característicos da pessoa idosa que contribuem para um trauma, tais como o declínio fisiológico, cognitivo, equilíbrio, visão e coordenação motora e outras funções orgânicas (SAAD, 2006).

Há uma ocorrência maior de queda em mulheres até os 75 anos. Após essa idade, as chances são semelhantes para ambos os gêneros. Um estudo realizado na região central do Brasil demonstrou que o predomínio de quedas e a reincidência destas foram 37,5% e 16,5%, respectivamente. Dentre as pessoas que sofrem quedas, de 20% a 30% sofrem fraturas que reduzem a mobilidade e independência, o que aumenta o risco de morte prematura (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Dentre as fraturas mais comuns entre os pacientes idosos no setor de traumatologia está a fratura do colo do fêmur, e considera-se que essa seja a causa da maioria dos idosos hospitalizados submeterem-se à intervenção cirúrgica. Já a fratura de quadril é o tipo mais significativo dentre os demais tipos de lesões ósseas decorrentes de quedas ou acidentes (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A assistência à pessoa idosa no pré-operatório requer cuidados que diferem da atenção prestada a outros grupos etários e indica maior prudência diante dos riscos de um procedimento cirúrgico (SANTOS *et al.*, 2016).

As ações que competem à enfermagem no âmbito da traumatologia vão desde a prevenção de quedas e fraturas, passando pela preservação da segurança do paciente no

ambiente hospitalar, até a sua recuperação no pós-operatório. Tudo isso requer uma assistência qualificada, envolvendo cuidados iniciados desde a admissão até a alta hospitalar.

As fraturas geram uma consequente hospitalização e submissão do paciente a uma unidade hospitalar e, por conseguinte, a um procedimento cirúrgico que pode comprometer a qualidade de vida do idoso caso o mesmo não tenha êxito na reabilitação.

Minayo, Hartz e Buss (2000) esclarece que o conceito de qualidade de vida pode ser entendido como uma representação social com parâmetros objetivos — satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social da sociedade — e subjetivos — bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal. Além desses parâmetros, o conceito também inclui critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo. Ao analisar a qualidade de vida, devem-se considerar fatores políticos e de desenvolvimento humano. O grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida (familiar, amorosa, ambiental, social, profissional e existencial) relaciona-se ao padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade historicamente.

Com relação à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Viver mais sempre foi o objetivo do ser humano, porém ter uma vida longa sem saúde pode representar uma vida sem qualidade. Segundo o estudo realizado por Silva (2015), com a mudança de hábito, ocorre diminuição de consultas médicas e de queixas. Além disso, a participação e a socialização nos grupos socioeducativos para temas relevantes, como: hipertensão e diabetes, proporciona a qualidade de vida de idosos diante das novas atitudes comportamentais.

A partir de trajetórias e vivências dos autores com pessoas idosas em associações, comunidades, instituições de longa permanência (ILPIs), e considerando a experiência de auxílio em cirurgias traumatológicas, visitas e conversas com idosos, em que muitos ocultam algum sofrimento de dor ocasionado por quedas ou em recuperação pós-trauma, resultou a seguinte pergunta problema: como é a qualidade de vida do idoso vítima de trauma ósseo? Relacionando essas vastas experiências e indagações, os pesquisadores perceberam tiveram o interesse comum em abordar essa temática.

A enfermagem desempenha uma preparação assistencial que pode diminuir os riscos intraoperatórios e contribuir com resultados positivos no pós-operatório, ao aplicar os processos de sistematização na admissão dos pacientes e tirar dúvidas de familiares,

colaborando com a equipe para que sejam alcançados resultados com êxito até a esperada alta hospitalar.

Acredita-se que este estudo será relevante para a saúde dos pacientes geriátricos, para pesquisadores e familiares, visto que aumentará o conhecimento em relação à saúde do idoso, como também para os gestores de saúde, ao proporcionar um ambiente e serviços alinhados à necessidade dessa população.

Portanto, esta pesquisa objetiva revisar artigos que versam sobre qualidade de vida do idoso vítima de trauma ósseo.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo revisão teórico- integrativa, que intenciona selecionar dados para análises literárias. Dessa forma, conectar artigos encontrados dentro do tema da pesquisa. Para Mendes, Siqueira e Galvão (2008), esse método de pesquisa possibilita a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências conhecidas como revisão integrativa, e objetiva atingir o estado atual do tema estudado, possíveis intervenções efetivas na assistência à saúde e redução de custos, além da identificação de lacunas para futuros estudos.

Ainda para Mendes, Siqueira e Galvão (2008), esse método de pesquisa facilita o acesso, dos profissionais de saúde, em ênfase, os enfermeiros, a uma ampla visão das práticas clínicas, sobretudo quanto aos cuidados com os pacientes, embasado na teoria científica.

Portanto, para essa produção científica, foram realizados levantamentos de artigos nacionais e internacionais disponíveis na íntegra nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na busca de classificar, observar e descrever os dados, com o propósito de agrupar o conhecimento produzido sobre o tema exposto.

Contudo, a pesquisa foi norteadada pela teoria de Mendes, Siqueira e Galvão (2008), apresentada aqui, e por seis passos para análise. Assim, a fim de identificar de forma simples as características da revisão integrativa e delineá-la, segue a Figura 1, abaixo.

Figura 1 – Características para revisão integrativa da literatura

Fonte: Mendes, Siqueira e Galvão (2008).

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2020, com o objetivo de revisar artigos que versam sobre qualidade de vida do idoso vítima de trauma ósseo. O critério de inclusão foi de selecionar artigos disponíveis na íntegra em formato eletrônico, divulgados nos idiomas inglês e português e publicados no período 2016-2020. Já o critério de exclusão consistiu na eliminação de artigos repetidos e que fogem da temática.

A busca dos artigos foi realizada a partir de cruzamento dos descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associando as palavras-chave: Qualidade de Vida (*Quality of Life*), Idoso (*Elderly*) e Trauma Ósseo (*Bone Trauma*). Essas palavras são as que mais se adequam ao tema da pesquisa.

Foram realizados cruzamentos dos três descritores (“Qualidade de Vida”, “Idoso” e “Trauma Ósseo”) no portal BVS, utilizando o endereço eletrônico www.bireme.org. Utilizou-se o operador booleano “and” para a procura de artigos que contemplassem os três descritores. Com isso, foram encontradas 10 publicações, contudo, quatro foram eliminadas por não suprirem os requisitos de inclusão. Seis artigos foram selecionados para serem submetidos à análise por estarem aptos a responder ao questionamento da pesquisa. Esses artigos selecionados foram encontrados nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Segue Figura 2, abaixo, que esquematiza a coleta.

Figura 2 – Coleta de dados dos artigos nas bases de dados

Fonte: elaborada pelos autores.

Os artigos foram analisados primeiro a partir de uma leitura flutuante e, em um segundo momento, realizou-se uma leitura profunda de cada um deles.

Nas publicações analisadas, foram compilados pontos relevantes, como: ano de publicação, autores, títulos, principais objetivos e principais conclusões do artigo. A partir da análise dessas informações, foram delineadas as seguintes categorias inerentes: I) Qualidade de vida após trauma ósseo; II) Morbidades associadas à fragilidade na pessoa idosa; III) Intervenção cirúrgica para qualidade vida.

De acordo com essa visão abrangente, foi elaborado um quadro que ilustra a seleção dos seis artigos que atenderam as expectativas dos objetivos do estudo (Quadro 2).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Pereira (2013), é pertinente, nesta fase, a utilização da ferramenta (Quadro 1) para facilitar a compreensão durante as discussões nos artigos encontrados nas plataformas citadas e para visualizá-los de forma dinâmica.

Quadro 1 – Estrutura da seção de discussão de um artigo científico original

1 Realce dos achados relevantes e originais
2 Avaliação crítica da própria pesquisa: limitações e aspectos positivos
3 Comparação crítica com a literatura pertinente
4 Interpretação dos achados
5 Conclusão, que pode estar acompanhada de generalização, implicações, perspectivas, recomendações

Fonte: Pereira (2013).

A escolha dos artigos selecionados levou aos pesquisadores a compreender a essência da temática e agregar mais conhecimento educacional. Mesmo com poucos artigos presentes na plataforma, ficou claro que a maioria deles descreve as atividades físicas como melhor opção para o desenvolvimento, o fortalecimento ósseo, a resistência muscular, a diminuição da fragilidade e dos riscos de traumas, a melhora do humor e, conseqüentemente, a qualidade de vida. O Quadro 2 reforça essas observações de forma dinâmica, apresentando a classificação de cada artigo de acordo com: ano, país, autores, título, objetivos e as principais conclusões.

Quadro 2 – Classificação dos artigos de acordo com critérios de inclusão

Nº	País	Autores/Ano	Título	Objetivos	Principais Conclusões
1	EUA	Sciamanna <i>et al.</i> (2018)	Trabalhando para aumentar a estabilidade por meio do exercício (WISE): protocolo para um estudo controlado e randomizado de um programa de exercícios para reduzir lesões relacionadas à queda.	Determinar o impacto de um programa de atividade física multicompetente (força, equilíbrio, aeróbico).	Abrange que a atividade física pode reduzir lesões secundárias entre pacientes com histórico de fratura por fragilidade.

2	Porto Rico	Oppenheimer -Velez <i>et al.</i> (2018)	O efeito trabecular: um estudo longitudinal de base populacional sobre diferenças de idade e sexo na densidade mineral óssea e na capacidade de suporte de carga vertebral.	Observar incidência de fraturas nas mulheres pós-menopausa.	Manter prevenção e monitorar gerenciamento de fraturas.
3	Austrália	Mora <i>et al.</i> (2018)	Retorno ao esporte e atividades físicas após redução aberta e fixação interna das lesões de Lisfranc em atletas recreativos.	Avaliar a participação no esporte e atividade física após lesão.	A maioria dos pacientes que sofreram lesão Lisfranc poderia retornar ao esporte e retomar a atividade de física.
4	Rússia	Dyusupov <i>et al.</i> (2018)	Osteossíntese transosseosa de extremidades inferiores fraturas e qualidade de vida de pacientes no período de tratamento.	Apresentar resultados radiográficos tratados com artrose – osteossíntese.	Procedimentos cirúrgicos obtiveram resultados com êxito para qualidade de vida.
5	Brasil	Lira <i>et al.</i> (2015)	O potencial terapêutico do exercício para tratar a caquexia.	Discutir o papel do exercício físico na atenuação dos sintomas associados à	A caquexia é uma síndrome multifatorial e o exercício físico, como complementar, traz efeitos positivos.

				caquexia do câncer.	
6	Hong Kong	Qin <i>et al.</i> (2015)	Pés amarrados ao longo da vida na China: um estudo quantitativo de ultrassom e estilo de vida em mulheres na pós-menopausa.	Investigar as propriedades ósseas em mulheres pós- menopausa. (pé de Lótus)	Fatores como pós-menopausa, pés atados, estilo de vida são efeitos negativos e a importância da manutenção e do equilíbrio corporal na prevenção de fragilidade e fraturas.

Fonte: elaborado pelos autores.

3.1 Qualidade de vida após trauma ósseo

Pôde-se perceber que foi salientada por dois artigos científicos a mesma ferramenta para avaliar a qualidade de vida (QV), *Satisfaction with Life Scale, Short Form – SF36* (*Escala de Satisfação com a Vida, Forma Abreviada* [36]). É uma escala de fácil manuseio e de uso global. Para Dyusupov *et al.* (2018), que investigou a QV para avaliar o tratamento cirúrgico, no qual se submeteram 397 pacientes, pode-se confirmar que o ato cirúrgico após trauma ósseo ocorreu com êxito. Qin *et al.* (2015) usou a mesma ferramenta para investigar uma população que envolveu 254 mulheres na pós-menopausa e com o fenômeno “pé de lótus”. No entanto, os resultados não obtiveram variação estatística relevante quando utilizada a escala. Vale ressaltar que os casos citados foram publicados nos anos 2018 e 2015, respectivamente, e em duas potências internacionais, Rússia e Hong Kong.

No Brasil, em contrapartida, são encontrados muitos estudos que utilizam a mesma ferramenta e que expõem alguns fatores extrínsecos, como: a classe social, econômica e

cultural. Muitas vezes, pacientes aguardam por anos em filas à espera de um procedimento cirúrgico. Interferências desse tipo alteram resultados de alguns grupos submetidos às pesquisas. Uma população que, em sua maioria, possui poucos recursos para manter-se com qualidade de vida desejável e saudável requer, no mínimo, respeito e uma saúde digna.

Considerando a ideologia de cada estudo analisado, os autores do artigo, de título *“Osteossíntese transosseosa de extremidades inferiores fraturas e qualidade de vida de pacientes no período de tratamento”*. Defendem mais uma qualidade de vida na realização do procedimento invasivo, haja vista, não sintetizar pontos para reabilitação no período pós-cirurgia. Já os autores do artigo intitulado *“Pés amarrados ao longo da vida na China: um estudo quantitativo de ultrassom e estilo de vida em mulheres na pós-menopausa”* defendem que a atividade física pode melhorar o equilíbrio corporal na prevenção de fragilidade e traumas.

3.2 Morbidades associadas à fragilidade nas pessoas idosas

A maioria dos idosos vítimas de traumas ósseos apresentam fatores de risco às fraturas, ocasionadas por: imobilidade, fraqueza muscular, marcha, equilíbrio, usos de alguns fármacos, entre outros. Com base nesses fatores, Sciamanna *et al.* (2018) afirma que uma fração de 1/3 dessa população é acometida por quedas, o que pode levar a internações hospitalares ou até ao óbito. Partindo desses dados, autores desse mesmo artigo apresentam um estudo desenvolvido a fim reduzir lesões relacionadas à queda. Possuindo uma duração de três anos e envolvendo 1130 idosos, a pesquisa buscou determinar o impacto dessa ação na vida das pessoas pertencentes a essa categoria, tendo sido considerada pioneira nesse tipo de estudo, que foi desenvolvido com base em um programa de atividade física. Lira *et al.* (2015) expõe a caquexia ocasionada pelo câncer, uma morbidade que está relacionada ao trauma. Essa condição compromete a qualidade de vida; assim, eles propõem atividades físicas como forma de tratamento complementar, uma vez que auxilia positivamente e reduz o uso de fármacos e as internações.

Os autores dos artigos afirmam que a atividade física pode reduzir a fragilidade, melhorar a qualidade de vida, a massa óssea e muscular. Em conjunto desses benefícios, os pesquisadores sentiram a ausência de resultados que registrem o envolvimento social como uma melhora do quadro psíquico, pois esse público manifesta facilidade de se recolher, ser depressivo e frustrado pela situação da própria patologia. A interação para aceitar essa

proposta da atividade física necessita de estímulo, vínculo emotivo para produzir interesse e sucesso nas escolhas das atividades, o que proporcionará um ciclo de prazer, autoestima e impedirá a inatividade e a imobilidade.

3.3 Intervenção cirúrgica para qualidade vida

A coerente ideia, fundamentada pelos autores Oppenheimer-Velez *et al.* (2018) e Mora *et al.* (2018) através de suas pesquisas e percebida pelos pesquisadores, inclina-se para a prevenção. A prevenção é tema bastante interpelado pela área da saúde e evidenciado de forma clara por Oppenheimer-Velez *et al.* (2018). A pesquisa realizada com mulheres na pós-menopausa indicou que 16% a 24% dessas mulheres sofrem de fraturas vertebrais. Essas fraturas ocorrem pela falha mineral óssea e hormonal do organismo. O estudo descreve indícios de fraturas e declínio para fragilidade nas mulheres com osteoporose.

Mora *et al.* (2018) adverte que se deve ter cautela nas lesões Lisfranc, as quais podem levar ao desenvolvimento de fraturas, e ainda sustenta que 94% dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico podem retornar suas atividades físicas. A respeito dessa pesquisa produzida por Mora *et al.* (2018), trata-se de um estudo de coorte, com homens e mulheres até 55 anos. Por que os pesquisadores selecionaram esse artigo? Em razão do perfil do público-alvo da pesquisa, os atletas. Esses atletas de 55 anos serão os atletas idosos de amanhã. É importante frisar que o corpo, mesmo o de um atleta, sofre sinais do envelhecimento, alguns menos acentuados do que outros por condutas e intervenções. Mas cabe o alerta para a idade biológica.

Ambos os artigos trazem lesões que somente através de imagens de Tomografia Computadorizada (TC) podem ser evidenciadas. As lesões, se despercebidas, podem apresentar gravidade acentuada em alguns casos e geralmente podem exigir procedimentos cirúrgicos.

Salienta-se a necessidade de se conhecer os limites do corpo e observar simples alterações, como: a locomoção, o sobrepeso, o exercício sem acompanhamento, atividade em excesso, que podem predispor risco à saúde, diminuindo a qualidade de vida. Monitorar e prevenir são os indicadores para reduzir fraturas, lesões e/ou traumas ósseos.

4 CONCLUSÃO

em virtude dos fatos mencionados, a revisão integrativa permitiu concluir que o trauma ósseo na pessoa idosa tem como fator natural o processo de envelhecimento e as próprias comorbidades que assolam essa faixa etária, a saber: comprometimento da marcha, equilíbrio corporal e diminuição sensorial, cognitivo, da força e da massa muscular. No entanto, a vulnerabilidade e a fragilidade levam ao trauma ósseo na maioria das vezes, quando relacionadas à ausência do conhecimento sobre a idade cronológica *versus* a idade biológica. E para garantir a qualidade de vida do idoso, deve-se aplicar, como forma terapêutica ideal, a atividade física, respeitando as limitações e motivando a autoestima.

Portanto, evidenciou-se trauma ósseo preponderantemente em mulheres, acentuado pela pós-menopausa. Porém, verifica-se uma carência de literatura brasileira e mais artigos atualizados, que possam expressar sobre a qualidade de vida no trauma da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. R. O. M. *et al.* Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1131-1141, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1131.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica>. Acesso em: 6 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.
- DYUSUPOV, A. *et al.* Transosseous Osteosynthesis of Lower Extremities Bones Fractures and Quality of Life of Patients in the Treatment Period. 2018. **Georgian Med News**, [S.l.], p. 22-28, Feb. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29578418>. Acesso em: 25 maio 2020.
- IBGE. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. Rio de Janeiro, 28 ago. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 5 set. 2019.

LEITÃO, S. M. *et al.* Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. **Geriatr. Gerontol. Aging**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 172-179, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v12n3a07.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

LIRA, F. S. *et al.* The therapeutic potential of exercise to treat cachexia. **Current opinion in supportive and palliative care**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 317-324, Dec. 2015. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/01263393-201512000-00002>. Acesso em: 26 maio 2020.

LOCKS, M. O. H. *et al.* Assistência de Enfermagem segura e qualificada: avaliação do risco cirúrgico no cuidado perioperatório ao idoso. **Revista Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, p.1-7, jul./set. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45265/pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

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.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, maio/jun. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

MORA, A. D. *et al.* Return to sports and physical activities after open reduction and internal fixation of Lisfranc injuries in recreational athletes. **Foot & ankle international**, [S.l.], v. 39, n. 7, p. 801-807, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1071100718765176>. Acesso em: 25 maio 2020.

MORAES, E. N. *et al.* **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

OLIVEIRA, D. M. N. *et al.* Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na assistência prestada ao idoso acometido por fratura de fêmur. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, n. 10, p. 4862-4869, 2016. Supl. 6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11266/12896>. Acesso em: 6 fev. 2021.

OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=CD7B9E00B18780F6C4A18AECDC2856DC?sequence=6. Acesso em: 6 fev. 2021.

OPPENHEIMER-VELEZ, M. L. *et al.* The trabecular effect: A population-based longitudinal study on age and sex differences in bone mineral density and vertebral load bearing capacity. **Clinical Biomechanics**, [S.l.], v. 55, p. 73-78, 2018. Disponível em: [https://www.clinbiomech.com/article/S0268-0033\(18\)30266-3/fulltext](https://www.clinbiomech.com/article/S0268-0033(18)30266-3/fulltext). Acesso em: 24 maio 2020.

PEREIRA, M. G. A seção de discussão de um artigo científico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p.537-538, jul./set. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a20.pdf>. Acesso em: 23 maio 2020.

QIN, L. *et al.* Lifelong bound feet in China: a quantitative ultrasound and lifestyle questionnaire study in postmenopausal women. **BMJ open**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. e006521, 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/3/e006521.full.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

ROSA, Tatiana. A importância da gestão estadual na segurança do paciente. **Revista Consensus**, [S.l.], v. 26, n. 8, jan./mar. 2018. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_26.pdf. Acesso em: 6 fev. 2021.

SAAD, P. M. **Envelhecimento populacional**: demandas e possibilidades na área de saúde envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. [S.l.]: ABEP, 2006. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/series/article/view/71/68>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SANTOS, T. D. *et al.* Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Revista Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44223/pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SCIAMANNA, C. *et al* Working to Increase Stability through Exercise (WISE): Study protocol for a pragmatic randomized controlled trial of a coached exercise program to reduce serious fall-related injuries. 2018. **Contemp. Clin. Trials**, [S.l.], v. 74, p. 1-10, Nov. 2018. Disponível em: [https://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144\(18\)30231-3/fulltext](https://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144(18)30231-3/fulltext). Acesso em: 24 maio 2020.

SILVA, A. S. O. Idoso e qualidade de vida. **Fundação Osvaldo Cruz**, [S.l.], 2015. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/idosos-e-qualidade-de-vida>. Acesso em: 10 maio 2020.

CAPÍTULO 8

A INFLUÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maria Cristiane Marques¹

Maria Elisomar da Cruz¹

Elaine Braga Rodrigues de Lima¹

Milena Monte da Silva¹

Maisa Leitão de Queiroz¹

Vanessa da Frota Santos²

Othávia Gomes Bezerra Ribeiro³

¹Centro Universitário Ateneu (UniAteneu), Fortaleza - Ceará

²Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza - Ceará

³Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Identificar obras científicas produzidas no âmbito da enfermagem acerca da influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa, do qual teve como pergunta problema: “Qual a influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?”.

A coleta de dados deu-se por meio do cruzamento dos descritores: “Humanização da Assistência” e “Unidade de Terapia Intensiva”, nas bases de dados eletrônicas: LILACS, BIREME e SciELO, tendo como recorte temporal publicações entre 2010 a 2018. Seleccionaram-se 18 artigos, dos quais a maior parte foi encontrada na base de dados SciELO.

Resultados: Identificou-se que é preciso compreender as necessidades do paciente, e com isso, desenvolver ações voltadas para o cuidado utilizando alguns elementos, tais como o diálogo, que auxilia na convivência do paciente e profissional, sendo um ponto a ser explorado pelo profissional. Outro elemento importante para a humanização é a família, sendo fundamental para a melhora do paciente. **Conclusão:** Percebeu-se que nas unidades de terapias intensivas, o processo do cuidado é complexo, tornando o cuidado mais distante do humanizado, o que interfere negativamente na relação profissional-paciente, e diante o exposto, é necessário que haja uma mudança na cultura do cuidado.

Palavras-chave: Humanização da assistência. UTI. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Humanizar a assistência implica em dar assistência a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento e da solidariedade, prestando um cuidado holístico (FIGUEIREDO, 2018). A humanização está ligada ao ato de cuidar dos pacientes e na melhoria das relações entre os envolvidos nesse processo, surgindo a necessidade de criar estratégias que priorizem a assistência baseada nos valores humanos e na qualidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2018).

Na enfermagem, o humanizar deve estar presente durante toda assistência prestada, visto que o olhar holístico para com o paciente ajuda na relação do cuidado. Contudo, a interação humana do cuidado é um dos mais difíceis de ser implementado, principalmente quando se trata de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois a rotina diária e a complexidade do ambiente tanto físico quanto funcional faz com que os profissionais sintam-se em um ambiente de risco (ALVES, 2013).

A UTI caracteriza-se como um ambiente que tem como objetivo tratar os doentes considerados graves e de alto risco e é considerado um setor diferenciado do hospital, pois conta com organização específica e tecnologia moderna voltadas para atender melhor o paciente crítico (SANTOS *et al.*, 2018). Este espaço deve contar com recursos humanos e materiais para a observação constante, agilidade e eficácia nos atendimentos, centrados na finalidade de restabelecer a saúde dos pacientes, sendo a assistência ofertada de alta complexidade (ALVES, 2013).

É necessário atentar para aos fatores agressivos existentes na UTI, que atingem não só os pacientes, mas também toda a equipe de profissionais, principalmente os cuidadores de enfermagem, uma vez que são estes que constantemente estão com os pacientes cobrindo os variados turnos e tendo de participar de procedimentos complexos, e até mesmo de mortes (ALVES, 2013).

O atendimento humanizado, foi instituído pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2001, posteriormente sendo chamando de Programa Nacional de Humanização (PNH), que visa um atendimento em que o paciente é visto como um todo, considerando seu contexto familiar e social (SILVA *et al.*, 2018). A humanização vai além do cuidado. A política de humanização deve ser considerada no processo de construção do cuidado de forma coletiva que ocorre a partir da necessidades, interesses e

desejos dos sujeitos envolvidos, sejam eles pacientes, familiares ou profissionais da saúde (MONDADORI *et al.*, 2016).

Os cuidados de enfermagem vão muito além da assistência prestada, devem ser específicos e indispensáveis para proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida e de atendimento, oferecendo ao mesmo uma melhor resposta ao tratamento (FIGUEIREDO, 2018). Com isso, o enfermeiro torna-se um elo indispensável entre paciente e familiar, em que suas ações são direcionadas a identificar as necessidades deste binômio, propiciando para que este atendimento seja humanizado e acolhedor (SILVA *et al.*, 2018).

Justifica-se esse estudo pela importância da humanização no processo de recuperação dos pacientes internados na UTI, visto que o olhar humanizado traz o cuidado mais específico para as necessidades de cada paciente, auxiliando na diminuição do tempo de permanência do paciente na unidade hospitalar. Além disso o enfermeiro deve ter um olhar holístico, afim de aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Diante do exposto, surgiu a pergunta norteadora que direcionou esse estudo: “Qual a influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?”

Nesse sentido, abordar a humanização na UTI é relevante, por possibilitar entender e esclarecer que existem particularidades intrínsecas à assistência de enfermagem nesse setor hospitalar. Além disso, ajuda na compreensão de que a assistência humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e tomadas de decisão que visam à promoção e recuperação dos pacientes internados (SANTOS *et al.*, 2018). Assim, o estudo teve como objetivo identificar as obras científicas produzidas no âmbito da enfermagem acerca da influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Esse tipo de estudo realiza análises de modo sistêmico de pesquisas relevantes, possibilita a síntese de estudos publicados e conclusões a respeito de uma área particular de estudo, apontando assim, as lacunas do conhecimento que precisam ser contempladas (POLIT; BECK, 2011).

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2018 a fevereiro de 2019, em três bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE) e na Biblioteca Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizaram-se como critérios de

seleção: publicações disponíveis na íntegra, em português, com recorte temporal de 2010 a 2018. Foram excluídas monografias, dissertações, teses, editoriais, cartas ao editor e trabalhos duplicados.

Foram utilizados os seguintes descritores disponíveis no DeCS (Descritores em Ciência e Saúde): “Humanização da Assistência”, “Unidade de Terapia Intensiva”, em português e inglês, com uso do operador booleano AND, onde somando-se as referidas bases de dados, foram pré-selecionados 96 artigos por título e resumo, seguindo-se a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos quais 5 foram extraídos do LILACS, 76 do SciELO e 15 da MEDLINE. Após a leitura completa dos mesmos, foram excluídas 4 publicações duplicadas, 22 após a leitura dos resumos e 36 na aplicação dos critérios de exclusão, tendo a amostra final foi composta por 18 artigos.

Figura 1 – Fluxograma da seleção e inclusão das produções científicas. Fortaleza, CE, Brasil, 2019

Fonte: elaborado pelas autoras.

Na análise dos dados, as 18 publicações científicas selecionadas foram lidas integralmente. A análise crítica dos estudos incluídos e a síntese dos dados extraídos foram realizadas de forma descritiva, o que possibilitando reunir os dados dos artigos selecionados para a coleta das informações.

A avaliação dos estudos deu-se através de agrupamento dos dados, por meio de tabelas elaborada pelas autoras no Programa Excel 2013, possibilitando a categorização dos itens organizados. As conclusões dos estudos foram analisadas, separadas e reagrupadas por aproximação de tópicos. Esses agrupamentos foram divididos em três categorias e posteriormente foram descritas individualmente, a saber: A humanização do cuidado (A2,

A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A13, A14, A15, A17); A família e a humanização (A1, A3, A12, A13, A16, A17, A18); A mecanização da assistência (A2, A5, A6, A8, A9, A13, A15, A16, A17).

3 RESULTADOS

A amostra contou com 18 artigos de enfermagem acerca da influência da humanização na recuperação do paciente na Unidade de Terapia Intensiva, nos anos de 2010 a 2018. A tabela abaixo traz informações sobre os artigos e seus autores. Os artigos foram numerados na tabela de acordo com a ordem cronológica.

Quadro 1 – Título e autor dos artigos selecionados. Fortaleza, CE, 2019

N	Título	Autor/Ano	Região	Metodologia	ICD
A1	Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: Estudo Sociopoético	Silva e Santos (2010)	Rio de Janeiro	Estudo Descritivo	Formulário
A2	Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva	Campos e Melo (2011)	Porto Alegre	Estudo Teórico-Reflexivo	Não citado
A3	A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal	Spir <i>et al.</i> (2011)	São Paulo	Estudo Exploratório	Entrevista semiestruturada
A4	O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva	Backes <i>et al.</i> (2012)	Florianópolis	Teoria Fundamentada em Dados (TFD)	Entrevistas

N	Título	Autor/Ano	Região	Metodologia	ICD
A5	Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva	Silva <i>et al.</i> (2012)	Rio de Janeiro	Descritiva e Exploratória	Entrevista semiestruturada
A6	Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico	Pott <i>et al.</i> (2013)	Curitiba	Estudo Descritivo	Observação Sistemática não Participante
A7	Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos	Ramada, Almeida e Cunha (2013)	São Paulo	Tipo Quase Experimental	Instrumento de dados epidemiológicos
A8	Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica	Reis <i>et al.</i> (2013)	Região Sul	Estudo Descritivo Exploratório	Entrevista semiestruturada
A9	Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização	Silva e Ferreira (2013)	Rio de Janeiro	Descritivo	Observação Entrevista
A10	Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva	Mongiovi <i>et al.</i> (2014)	Recife	Exploratório e Descritivo	Roteiro pré formulado
A11	Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal	Santos <i>et al.</i> (2015)	São Paulo	Estudo Descritivo	Dosímetro

N	Título	Autor/Ano	Região	Metodologia	ICD
A1 2	Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal	Wernet <i>et al.</i> (2015)	São Paulo	Estudo Qualitativo	Entrevista
A1 3	Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho	Evangelista <i>et al.</i> (2016)	São Paulo	Pesquisa exploratória, descritiva	Entrevista semi estruturada
A1 4	Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva	Medeiros <i>et al.</i> (2016)	Rio Grande do Sul	Documental, Descritiva, Exploratória	Instrumento de pesquisa documental
A1 5	Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em Unidade de Terapia Intensiva adulto	Sanches <i>et al.</i> (2016)	Paraná	Descritiva	Entrevista semi-estruturada
A1 6	Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde	Luiz, Caregnato e Costa (2017)	Rio Grande do Sul	Exploratório-Descritivo	Entrevista semi-estruturada
A1 7	Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista	Santos <i>et al.</i> (2018)	Alagoas	Pesquisa Qualitativa	Entrevista semi-estruturada
A1 8	Desafios gerenciais para boas práticas do Método Canguru na UTI Neonatal	Silva <i>et al.</i> (2018)	Rio de Janeiro	Pesquisa Exploratória	Entrevista

Fonte: elaborado pelas autoras.

Com relação aos anos das publicações, nota-se que o volume de produções estagnou com o decorrer dos anos, assim temos como resultado o maior percentual de obras foi no ano

de 2013 com quatro obras produzidas, o ano de 2016 apresentou 3 publicações, os anos de 2011, 2012, 2015 e 2018 tiveram duas obras cada, os anos de 2010, 2014 e 2017 apresentaram uma publicação cada.

No que se refere a regionalização em que os estudos foram produzidos, encontrou-se ausência de artigos nas regiões norte e centro-oeste do Brasil, dos selecionados a Região Sudeste foi a que mais apresentou obras selecionadas, com nove artigos, que foram produzidas no estado de São Paulo e no Rio de Janeiro. Seguida pela Região Sul, que produziu seis obras sendo do Paraná, Rio Grande do Sul e uma em Santa Catarina. A região Nordeste produziu dois artigos, distribuídas nos estados do Alagoas e Recife.

Sobre o tipo de metodologia escolhida para a elaboração das obras, os estudos descritivos tiveram predominância. O método de estudo Descritivo e o estudo Descritivo-Experimental foram utilizados em cinco artigos de cada seguimento. O estudo Qualitativo teve duas amostras. Foi selecionado uma produção científica com abordagem do tipo teórico reflexivo, uma teoria fundamentada em dados, um tipo quase-experimental, um documental; e um descritivo: exploratório, completando assim a amostra.

Sobre o instrumento de coleta de dados, o método da entrevista foi o mais utilizado nas obras selecionadas, sendo presente em dez obras. O Formulário, a Observação semântica não participante, o Instrumento de dados epidemiológico, a Observação e Entrevista, o Roteiro pré-formulado, o Goniômetro e o Instrumento de pesquisa documental tiveram uma amostra cada. Em uma obra não houve citação do tipo de método escolhido para instrumento de coleta de dados.

Após leitura e análise das obras selecionadas, pode-se argumentar sobre as principais conclusões das obras selecionadas. Na análise, os temas foram segregados e agrupados de acordo com a aproximação de tópicos, resultando em categorias que são: Humanização do cuidado; Família e humanização; Mecanização da assistência.

Quadro 2 – Principais conclusões dos artigos selecionados. Fortaleza, CE, 2019

N	Conclusões
A1	O discurso do grupo revela a dificuldade em pensar possibilidades de cura diante da situação de saúde do seu familiar, dando origem ao medo e outras emoções. Os familiares sentem a internação do cliente na UTI como um sinal de morte iminente, devido às suas experiências prévias. Nota-se o despreparo desses visitantes para

N	Conclusões
	adentrar no ambiente que é a UTI, onde os familiares geralmente “adoecem” junto com seu ente querido. As informações sobre a saúde do cliente em UTI, afetam a percepção da realidade dos familiares. A família tem expectativas de encontrar um profissional que lhe ajude a compreender os momentos difíceis, que demandam ações, sentimentos e pensamentos, nem sempre positivos.
A2	A humanização pressupõe que se reconheçam as pessoas que buscam os hospitais com suas necessidades específicas de saúde, como sujeitos de direitos, observando sua individualidade, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia, equidade e integralidade da assistência. Os profissionais devem se comprometer no papel de cuidador e educador, valorizando o ser humano conforme suas vivências, transformando a prática em processos dinâmicos. A enfermagem é uma profissão que nasceu vislumbrando o bem-estar do indivíduo na condição da individualidade de cada cidadão em seu modo de andar a vida e o conhecimento científico dessa profissão acompanha essa premissa, promovendo uma mudança cultural.
A3	A atenção dispensada pelos profissionais evidencia que o tratamento dado pela equipe, com educação e respeito, é interpretado como um cuidado humanizado. O profissional que não responde às expectativas, é interpretado como um cuidado não-humanizado. A avaliação do cuidado humanizado se traduz pela atitude dos profissionais. Tratar com educação e respeito foi interpretado como medida humanizadora, o apoio oferecido pela equipe foi apontado como uma prática humanizada. A sensibilização dos profissionais quanto à importância da presença da família na hospitalização é um primeiro passo para que haja uma melhor aceitação da família na Unidade Neonatal.
A4	Para os pacientes o mais importante é a satisfação das necessidades básicas e nem sempre foram satisfeitas, falaram do jejum, da sede, do frio, da dor e do barulho. A falta de informação do paciente originar conflitos e instabilidade psicológica, podendo chocar e estressar o paciente e exacerbar sua fragilidade. É fundamental que os profissionais valorizem a assistência, tendo uma visão ampla do paciente, reconhecendo os aspectos biopsicossocioculturais de cada indivíduo, como processo de humanização, uma vez que a equipe da UTI cuida não apenas em relação ao corpo físico, mas também em relação ao emocional e espiritual, atuando como intermediária no contato com a família.

N	Conclusões
A5	O estudo evidencia a dificuldade da interação com o usuário, na qual seria possível captar informações para atender às suas necessidades, sendo uma demanda do usuário, mas pouco atendida pelo enfermeiro. Outro fato problematizador é o respeito à individualidade do usuário, a exposição do corpo, barulhos excessivos e falta de consideração às suas vontades e desejo. O excesso de trabalho e o lidar com a complexidade acarreta sobrecarga física e psíquica ao profissional, repercutindo em suas ações de cuidar, geralmente mecanicistas. É necessário criar meios para que o profissional enfrente as tensões e sentimentos dele, do usuário e do familiar.
A6	A administração de medicamentos não deve ser vista como uma tarefa mecânica, requer exercício de juízo profissional. Algumas medidas devem ser empregadas para minimizar desconfortos causados pelos procedimentos. A prática de promover medidas de conforto é inerente à profissão do enfermeiro e imprescindível ao cuidado humanizado. Por meio de medidas de conforto que os enfermeiros promovem reforço, esperança e assistência de qualidade. Proporcionar melhor interação enfermeiro-paciente possibilita o estabelecimento de vínculo efetivo. A ausência de comunicação durante o cuidado nos remete a um dilema ético no qual se negligencia a dimensão psicossocial do indivíduo. A mecanização dos cuidados evidencia que muitos profissionais ainda se detêm apenas ao tratamento e cura sem considerar as demais dimensões que envolvem o indivíduo.
A7	Os métodos não farmacológicos diminuem a ansiedade e o medo, os quais podem exacerbar a dor. Recém-nascidos tiveram o escore de dor reduzidos após o uso desses métodos, assim como os demais parâmetros vitais. O toque terapêutico tem sido uma medida alternativa de conforto e bem-estar, do qual contribuiu para que as mães se tornassem mais tranquilas, ao perceberem seus filhos mais relaxados, principalmente depois de serem submetidos a um procedimento doloroso. O toque terapêutico apresenta-se como uma poderosa estratégia de humanização, pois aliviar a dor e proporcionar conforto ao RN, favorece o estreitamento dos laços afetivos entre ele e seus familiares.
A8	A humanização está representada pela expressão olhar como um todo, o cuidar além de procedimentos. O cuidado precisa ser realizado com um olhar holístico. A humanização implica no processo de produção de saúde. Uma forma de se realizar o

N	Conclusões
	<p>cuidado humanizado ao paciente e a família é o acolhimento. As ações da humanização no cuidado devem voltar-se para o respeito às individualidades, o acolhimento, buscando o vínculo entre pais e bebês durante a permanência no hospital. O relacionamento da equipe com o usuário evolui para o estreitamento do vínculo a partir do momento em que a família se sente compreendida. As relações e os vínculos não existem sem uma comunicação eficaz.</p>
A9	<p>Deve-se valorizar a subjetividade nos modos de agir no ambiente da UTI, considerando o uso de tecnologias para cuidar. A interação sustenta o encontro entre o enfermeiro e o cliente, em respeito a dimensão existencial do ser, valorizando suas experiências de vida. É fundamental que o uso da tecnologia no cuidado seja norteado por princípios humanísticos, uma vez que repercute na atuação do enfermeiro e no cliente. A comunicação proporciona respostas acerca da singularidade do sujeito e sobre as terapêuticas. Ao mesmo tempo em que a aplicação de tecnologias facilita a assistência ao cliente crítico, exige atenção e zelo dos profissionais para garantir os dados, sendo o cuidado com o seu uso uma ação humana.</p>
A10	<p>Constata-se o desenvolvimento de práticas mecanicistas baseadas no modelo biomédico. As atitudes entendidas como humanizadas tendem a serem sufocadas no cotidiano dos serviços devido à sobrecarga de trabalho, a natureza contínua e crítica da atenção designada em UTI e até mesmo despreparo para a realização de tais condutas, entre outros. Apesar das possíveis intenções do profissional de enfermagem em realizar uma assistência humanizada, permanece ainda o fator de despreparo em termos educativos formais para a sua execução de modo que contemple os diversos aspectos biopsicossociais e relacionais que se demanda. A formação profissional deve também conduzir-se em termos morais, para que a humanização possa ser vivenciada de forma genuína e não somente repassada enquanto teoria e afirmações idealizadas. A empatia foi afirmada como essencial para a vivência da humanização, sendo esta a condição para o entendimento das necessidades do paciente.</p>
A11	<p>O horário do soninho favorece um maior conforto acústico para o recém-nascido no interior da incubadora. NPS registrados são semelhantes durante os períodos de intervenção dos "horários do soninho", mas superiores na ausência da intervenção. Estímulos em interação provocam o efeito cascata potencializando o NPS, ou seja,</p>

N	Conclusões
	quanto mais elevados forem os ruídos, mais os profissionais tendem a elevar seu tom de voz. Ao mesmo tempo a presença da luminosidade na UTIN fora do "horário do soninho" pode desencadear a elevação do NPS, em virtude do comportamento dos profissionais de falar mais alto, realizar os procedimentos de maneira menos cuidadosa, levando o neonato a se tornar mais agitado e choroso.
A12	Nas interações com os profissionais, as mães relatam ser criticadas em seus comportamentos e atitudes, sem consideração às especificidades de sua situação. A hospitalização de crianças pré-termo associa-se com insegurança dos pais e tendência ao desequilíbrio emocional. O acolhimento recebido nas relações com os profissionais de saúde é permeado de desconfortos, sofrimentos e incertezas, com desdobramentos negativos para o reconhecimento, a autonomia e a autoestima da mãe apoio sensível encoraja as mães e promove acolhimento de necessidades emocionais e informativas. A falta de diálogo com o profissional, o afastamento e a perda de intimidade com o filho geram sentimentos de exclusão e de sofrimento.
A13	O comprometimento do trabalhador em dar oportunidades em que o paciente possa se expressar, configura a comunicação enquanto cuidado, promovendo bem-estar e diminuição da angústia. A empatia, a singularidade e a integralidade vêm sendo as expressões mais representativas da maneira como os profissionais da equipe multiprofissional concebem prática do cuidado humanizado. A operacionalização do cuidado humanizado está diretamente ligada às concepções atribuídas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde acerca da humanização.
A14	As práticas de atenção em saúde estão ancoradas às especificidades e singularidades dos usuários, e evidenciam a necessidade de compreender as demandas do processo saúde-doença para promover o cuidado integral e humanizado. A integridade é um princípio orientador das práticas em saúde, capaz de conduzir o processo gerencial a partir da complementaridade e da interdependência das ações em saúde. As propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. A equipe de saúde deve assistir de modo interdisciplinar, respeitando-se as formas de expressão e autonomia de cada profissional.

N	Conclusões
A15	<p>Necessita-se da realização de uma abordagem crítica e reflexiva sobre os conceitos que envolvem a temática humanização do cuidado. A construção de um cuidado humanizado necessita ser coletiva e participativa. A comunicação e o diálogo favorecem a elaboração de estratégias de cuidado, compreendendo a subjetividade tanto do adoecido quanto dos profissionais. Na prática cotidiana, a implementação da humanização não parece ser simplista, pois é encarada pelos profissionais como sendo difícil de ser definida. Salienta-se a necessidade de humanizar também as condições de trabalho desses profissionais, no sentido de estabelecer sempre uma melhor relação para a oferta do cuidado humanizado. A humanização na UTI envolve além das tecnologias diferenciadas, profissionais capacitados e qualificados para conceber a humanização como um conjunto de diferentes dimensões.</p>
A16	<p>A comunicação é tratada como fator diferencial para o atendimento humanizado, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pelos familiares. É a partir do tratamento respeitoso e saudoso que se iniciam e estreitam laços importantes em situações estressoras da vida nas quais mesmo um simples local de espera pode tornar-se acolhedor. A comunicação entre os profissionais e o paciente e sua família, deve ir além das palavras e das informações, porque aquele que está internado perde sua privacidade, expõe seu corpo, restrito e suscetível no leito, e, neste momento, a comunicação se dá pelo seu corpo. A percepção em relação à humanização como ideias do subjetivo, originadas por sensações e estímulos externos direcionados ao sistema nervoso central dando capacidade para os seres humanos de associar as informações à memória formando conceitos e determinando comportamento.</p>
A17	<p>Entende-se que cuidar de forma humanizada é uma necessidade atual, visto que o cuidado acaba sendo a aplicação da enfermagem. Os enfermeiros reconhecem a importância de se ter uma visão holística para prestar uma assistência voltada a atender o paciente de forma integral. Para que a humanização seja efetivada na prática de enfermagem, é preciso que haja uma interação entre profissional e cliente, um auxílio de todos os envolvidos no processo, como os gestores, trabalhadores e usuários do serviço. A falta de boas condições de trabalho interfere negativamente na prestação da qualidade de uma boa assistência humanizada. É crucial, para uma boa assistência,</p>

N	Conclusões
	aliar o uso da tecnologia ao cuidado ofertado. Reconhece-se que uma assistência humanizada influencia na recuperação dos pacientes críticos.
A18	O desenvolvimento de boas práticas na UTIN deve considerar de forma prioritária a relação quantitativa entre profissionais de enfermagem e pacientes neonatais, no contexto da complexidade. O ambiente da UTIN se revelou como um desafio, pois sua própria estrutura tecnológica impõe dificuldades para se promover um ambiente neuroprotetor para o prematuro. A capacitação dos profissionais é uma importante estratégia gerencial para melhorar a adesão às boas práticas, mas não deve ser isolada de um gerenciamento da prática clínica. O gerenciamento do cuidado, a valorização de experiências prévias do indivíduo contribui para a transformação e anula a reprodução acrítica.

Fonte: elaborado pelas autoras.

4 DISCUSSÃO

O cuidado humanizado tem sido assunto de pauta nos últimos anos. Para Sanches *et al.* (2016), a humanização representa um conjunto de iniciativas que produzem cuidados em saúde que são capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural dos pacientes e a satisfação dos profissionais de saúde.

Segundo Medeiros *et al.* (2016), é preciso compreender as necessidades de saúde, com vistas a desenvolver ações voltadas para a integralidade do cuidado, considerando a diversidade, as instabilidades e a complexidade das demandas dos usuários. Corroborando com essa fala, Mongiovi *et al.* (2014) afirmam que a atuação integral do cuidado de enfermagem deve tentar atender o paciente percebendo suas necessidades físicas atreladas ao sofrimento psicológico, social e espiritual que existem na condição de adoecimento, havendo referência à humanização como uma atitude de cuidado holístico.

O paciente deve ser tratado como um ser possuidor de sentimentos, os quais interferem diretamente na sua melhora, devendo este ser visto de forma integral. A integridade é um princípio orientador das práticas em saúde, conduzindo o processo gerencial a partir da complementaridade e da interdependência das ações em saúde (MEDEIROS *et al.*, 2016). A humanização precisa ser um trabalho que envolva toda a equipe, com esforços unidos para um objetivo comum. A construção de um cuidado humanizado necessita ser

coletivo e participativo, buscando acolher e respeitar os valores, as crenças, a cultura e as expectativas de vida que são únicas de cada pessoa, sendo esta, paciente, familiar ou profissional (SANCHES *et al.*, 2016).

Os profissionais precisam ter empatia com o próximo, pois só se colocando no lugar do outro conseguimos entender seus medos, anseios e desejos. Evangelista *et al.* (2016) corrobora com essa afirmativa ao dizer que a importância da empatia deve ser um fenômeno inerente à prática profissional que possibilita aos trabalhadores desenvolver a humanização no cuidado oferecido no contexto da UTI para os pacientes e seus familiares.

Spir *et al.* (2011) em seu estudo afirmaram que o tratamento que foi realizado com educação e respeito foi interpretado pelos mesmos como medida humanizadora e o apoio oferecido pela equipe foi apontado como uma prática humanizada. Campos e Melo (2011) complementam relatando que atitudes simples fazem a diferença como a valorização do diálogo e Pott *et al.* (2013) confirmam que por meio de medidas de conforto os enfermeiros promovem e reforçam a esperança e uma assistência de qualidade.

O diálogo é uma ferramenta importante para a prática do cuidado humanizado, pois ela possibilita que se colham informações não só sobre a patologia do paciente, mas também de seu estado emocional. Para Silva e Ferreira (2013), o cuidado implica no diálogo, pois esse é um processo que engloba sentimentos, ações e reações, possibilitando a intersubjetividade e se realizado de forma calorosa, atenciosa e humana, o cuidado pode melhorar o estado do cliente.

Segundo Reis *et al.* (2013), a comunicação adequada auxilia na diminuição dos possíveis conflitos e sana dúvidas, além de ser o instrumento básico da assistência efetiva de enfermagem sendo apenas por meio da comunicação que se pode compreender o paciente como um todo e identificar o significado que o problema de saúde tem para ele.

Os achados do estudo de Evangelista *et al.* (2016) mostram que a comunicação junto ao paciente se mostrou um ponto crítico a ser explorado enquanto cuidado humanizado, pois, pode-se apreender que a concepção sobre a comunicação transita numa diferença entre o paciente consciente e inconsciente. O que demonstra a fragilidade com que a comunicação tem se estabelecido em meio as instituições de saúde, sendo preciso reforça-la para que a assistência seja mais humanizada.

Santos *et al.* (2018) corrobora com o tópico quando alega que o cuidado humanizado eleva as chances de sobrevivência e recuperação dos pacientes críticos, assim, é necessário que os profissionais se sensibilizem e compreendam a importância da assistência

humanizada, para que ela possa ser inserida na sua conduta de trabalho. Desse modo, a humanização reúne um conjunto de iniciativas para que esse cuidado venha a ser integral e possibilite uma visão holística do paciente.

Na outra segunda categoria identifica-se que a família é um elemento muito importante na humanização do cuidado. A família durante a internação do seu ente fica fragilizada emocionalmente. Diante da hospitalização de um ente querido, os familiares geralmente “adoecem” junto com ele, provocando uma desestruturação em níveis biopsicossocial-espiritual, inicialmente marcado por um nível de ansiedade advinda do risco de perda, sentindo a internação de seu parente como um sinal de morte iminente (SILVA; SANTOS, 2010).

Humanizar é acolher, é trazer os familiares para perto, possibilitando o estabelecimento de um vínculo entre paciente-família-profissional. De acordo com Santos *et al.* (2018), humanização é principalmente uma mudança de comportamento e de atitudes dos profissionais diante dos pacientes e seus familiares. Silva *et al.* (2018) corrobora com esse pensamento ao afirmar que a sensibilização é um processo que beneficia tanto a família quanto o profissional na autonomia e desenvolvimento das boas práticas.

A enfermagem precisa ter uma visão humanizada ao lidar com os familiares, pois ela está diretamente em contato tanto com o paciente como a família, servindo como ponte para uni-los. Nesse sentido, a família enxerga a enfermagem como ponto de apoio. Isso se comprova na fala de Silva e Santos (2010) ao dizerem que para resolver sua dificuldade em ver a recuperação do seu familiar, os familiares imaginam que suas necessidades serão atendidas pela equipe de enfermagem.

O conceito de humanização do cuidado não é algo fácil de ser definido pelos familiares, desse modo a humanização é descrita como atenção, empatia, afeto entre outros. Segundo Luiz, Caregnato e Costa (2017) apesar de aparecerem dificuldades por parte dos familiares em conceituar humanização, os mesmos trazem em seus modos de expressão e vivências suas opiniões a respeito do tratamento humanizado ou não. No estudo de Spir *et al.* (2011) para as famílias serem atendidas na hora certa, medicada na hora prescrita e por profissionais atenciosos era traduzido em satisfação, assim, a atenção dispensada pelos profissionais evidencia que o tratamento dado pela equipe, com educação e respeito, é interpretado como um cuidado humanizado.

A comunicação deve ser aplicada sempre entre profissionais e familiares, pois ela é capaz de amenizar sentimentos negativos em relação a permanência de seu parente no

ambiente hospitalar. A comunicação é uma maneira importante de humanizar o cuidado quando oferecida aos familiares dos pacientes com o objetivo de informar quanto ao contexto e ao quadro clínico do paciente (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Apesar disso, não é essa realidade que temos observado em algumas instituições de saúde, como se pode ver nas falas de Evangelista *et al.* (2016) ao alegar que a expectativa destoava dos resultados de pesquisas anteriores que apresentam um contato burocrático, formal e restrito entre familiares e equipe de saúde e Wernet *et al.* (2015) que em seu estudo afirmou que as mães demonstraram na descrição da experiência a sensação de terem sido menosprezadas ou subvalorizadas em suas capacidades.

Nas UTIs o processo do cuidado é complexo, com muito uso de tecnologias duras, tornando o cuidado mais distante do humanizado, isso interfere negativamente na relação profissional-paciente. Silva e Ferreira (2013) corrobora ao alegar que a tecnologia muda a dinâmica moral e social do binômio enfermeiro-paciente, produzindo uma distância que os coloca em posições de poder como autoridade epistêmica constringendo os pacientes, pois para Reis *et al.* (2013) se não houver um verdadeiro vínculo o trabalho torna-se desumano e mecanicista.

Dar privilégio a técnica em detrimento ao ser humano fortalece uma prática desumana e que a mecanização dos cuidados mostra que muitos profissionais ainda se detêm apenas ao tratamento e cura sem considerar as outras dimensões que envolvem o indivíduo, favorecendo um comportamento pouco comprometido com os sentimentos dos pacientes, resultando na desvalorização da assistência humanizada (POTT *et al.*, 2013).

De acordo com Sanches *et al.* (2016) nas UTIs o cotidiano abstruso que envolve este ambiente contribui para um cuidado voltado à realização de procedimentos técnicos e execução de tarefas, em detrimento da visão integral e contextualizada do ser humano colocando em risco a efetivação da prática da humanização. É necessário que se mude a cultura curativa e se introduza a humanização em meio as UTIs.

Silva e Ferreira (2013) citam que há preocupação exacerbada com prescrição, aparelhos eletroeletrônicos e exames, em detrimento do diálogo, sendo denominada uma inversão dos valores. Campos e Melo (2011) copilam que é necessário superar uma clínica em pedaços, fragmentada, indo em direção à noção de interdisciplinaridade, respeitando o caráter subjetivo e social na complexidade de cada sujeito, devendo ter comprometimento no papel de cuidador e educador, valorizando o ser humano conforme suas vivências.

A revolução tecnológica na em saúde impactou na abordagem do paciente, ou seja, ao tempo em que os enfermeiros passam a ter uma atuação mais aperfeiçoada tecnicamente se afastam do paciente, já que o contato entre o enfermeiro e o paciente diminui (SILVA; FERREIRA, 2013). No estudo de Sanches *et al.* (2016) achou-se nos relatos dos profissionais que a rotina diária somada à alta complexidade da UTI, o uso cotidiano de tecnologias avançadas, principalmente o estado de inconsciência dos pacientes, tende a automatizar o trabalho.

Para Santos *et al.* (2018) a humanização vem como uma alternativa para mudar essa realidade, pois essa se propõe a compreender as sensações e impressões subjetivas, pois por mais que a excelência técnica seja necessária, sozinha ela não é suficiente para que o paciente crítico tenha uma recuperação no seu aspecto biopsicossocial.

Outro fator que contribui para a mecanização do trabalho são as excessivas horas de trabalho, o número de pacientes que acima da quantidade de profissionais, a grande quantidade de atribuições entre outras. Acordando com esse raciocínio Silva *et al.* (2012) afirma que o excesso de trabalho e o lidar com a complexidade acarreta sobrecarga física e psíquica do profissional o que repercutir em suas ações de cuidar, geralmente mecanicistas, pois o sofrimento causado aos profissionais pelo trabalho é um fator desumanizante, repercute na qualidade da assistência prestada em saúde.

É preciso buscar formas para aliviar a carga emocional estafante dos trabalhadores da saúde, pois a humanização não deve ser só para o paciente, mas para todos os envolvidos nesse processo. A necessidade de ações humanizadoras para com os profissionais como momentos de reflexões com a equipe e atuação do serviço de psicologia de forma a apoiar os profissionais, pois acredita-se que a construção de ambientes de discussão entre os trabalhadores, acolhimento e escuta contribui para que o trabalhador exerça autonomia e protagonismo no cuidado (REIS *et al.*, 2013).

A interação entre os profissionais também deve ser humanizada, cada um deve saber respeitar o limite do colega de trabalho, tendo ciência que o processo de saúde é coletivo. Evangelista *et al.* (2016) afirma que o cuidado humanizado está envolvido com a construção de protocolos que capturem a subjetividade dos profissionais, tornando homogêneas suas respectivas características que compõem a diversidade inerente ao trabalho em equipe.

Segundo Luiz, Caregnato e Costa (2017) a existência de um profissionalismo ético e sensível, que transcenda o conhecimento teórico permitindo aplicar ações e condutas que não ferem princípios científicos e morais, que resultem em desfechos mais “humanos”, é vista

como uma diretriz para a humanização e Silva *et al.* (2018) completa citando que a verdadeira autonomia é conquistada quando o profissional age num contexto de interdependência entre os diversos profissionais com quem trabalha, respeitando os limites de suas atribuições, cumprindo acordos, resolvendo situações e atuando de forma segura e eficaz.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados, nota-se que o diálogo é uma ferramenta importante para a prática do cuidado humanizado. A humanização com a família do paciente inclui uma comunicação eficaz, que se dá através do diálogo, da escuta ativa, da comunicação não verbal, desde que haja interação entre as duas partes, melhorando a assistência prestada e a relação paciente-profissional-família.

Como limitação, tem-se o fato de terem sido selecionadas somente publicações brasileiras, devido ao objeto de estudo ser reconhecer a implementação da humanização nos serviços de saúde do Brasil.

Conclui-se que é necessário que haja uma mudança na cultura do cuidado, sendo introduzido desde a formação acadêmica dos profissionais uma assistência de enfermagem holística e integradora, baseada no cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. F. O cuidador de enfermagem e o cuidar em uma unidade de terapia intensiva. **Journal of Health Sciences**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 115-122, 2013. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/707/672>. Acesso em: 9 fev. 2021.

BACKES, M. T. S. *et al.* O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 689-696, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/07.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 189-193, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a25v32n1.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

EVANGELISTA, V. C. *et al.* Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 69, n. 6, p.

1099-1107, nov./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1099.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

FIGUEIREDO, M. C. C. M. *et al.* Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Saúde & Ciência Online**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 94-101, 2018. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/download/84/78>. Acesso em: 9 fev. 2021.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1040.pdf. Acesso em: 9 fev. 2021.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0817.pdf. Acesso em: 9 fev. 2021.

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.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

MONDADORI, A. G. *et al.* Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 294-300, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fp/v23n3/2316-9117-fp-23-03-00294.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

MONGIOVI, V. G. *et al.* Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306-311, mar./abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTT, F. S. *et al.* Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 174-179, mar./abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

RAMADA, N. C. O.; ALMEIDA, F. A.; CUNHA, M. L. R. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 421-425, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/03.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

REIS, L. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n.

2, p. 118-124, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/v34n2a15.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SANCHES, R. C. N. *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0048.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SANTOS, B. R. *et al.* Efeito do “horário do soninho” para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 102-106, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0102.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SANTOS, E. L. *et al.* Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.l.], v. 32, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23680/15925>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, F. D. *et al.* Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/11.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, F. S; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 230-235, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/03.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, L. J. *et al.* Desafios gerenciais para boas práticas do Método Canguru na UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, p. 2783-2791, 2018. Supl. 6. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2783.pdf. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, M. R. *et al.* Orientações do enfermeiro aos familiares durante a visita em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 40-48, 2018. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/3974/2081>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1325-1332, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01325.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

SPIR, E. G. *et al.* A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1048-1054, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a03.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2021.

WERNET, M. *et al.* Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 2, p. 228-234, mar./abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 fev. 2021.

CAPÍTULO 9

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO URINÁRIA EM GESTANTES COM DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Alda Maria da Silva¹

Nêmora Lígia de Sousa Santana²

Bruna Nunes Costa Lima Rosado³

Bruno Rafael Sousa Rosado⁴

Ana Mara Alves Cardoso⁵

¹Hospital de Pequeno Porte Ecilda Barbosa Ribeiro, Umari – Ceará

²Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina - Pernambuco

³Faculdade IDE, Recife - Pernambuco

⁴Secretaria Estadual de Saúde de Recife, Recife - Pernambuco

⁵Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), Fortaleza - Ceará

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência de ITU no período gravídico em gestantes com diagnóstico inicial de TPP e os fatores relacionados à prematuridade. **Método:** Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital terciário de alta complexidade e de ensino, reconhecido pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, de referência no Ceará. A coleta foi realizada no período de setembro e outubro de 2019, mediante a utilização de um roteiro semiestruturado criado pela própria autora. Foram analisados 217 prontuários de gestantes com TPP. **Resultados:** No que se refere ao risco de prematuridade foi identificado que 55,29% apresentavam algum risco e 44,70% não tinham risco algum. A infecção do trato urinário em gestante é um fator de risco bastante evidente, no que tange essa pesquisa, 35,02% informou que durante o período gestacional teve pelo menos um episódio de ITU e 37,32% não informou sobre a ocorrência de tal infecção. **Conclusão:** Através desse estudo foi possível observar uma relação significativa entre ITU e a prematuridade. Um número expressivo de gestantes apresentou pelo menos um episódio de infecção urinária durante o período gravídico. Esse resultado, nos leva a pressupor que os dados obtidos confirmam o objetivo desse estudo que busca verificar a prevalência de ITU no período gravídico e sua relação com o TPP e a prematuridade.

Palavras-chave: Gestantes. Trabalho de parto prematuro. Sistema urinário. Infecção.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de grandes transformações do organismo feminino, compreende um processo fisiológico acompanhado de mudanças significativas referentes aos aspectos físicos, psicológicos e sociais. As alterações fisiológicas verificadas na gestação são resultantes de fatores hormonais e mecânicos, e os ajustes observados no organismo da mulher devem ser considerados habituais durante o estado gravídico, embora possa determinar, eventualmente, alterações que aflija a saúde materna (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

Geralmente o período gestacional transcorre sem intercorrências. Espera-se que esse processo seja uma experiência saudável e que resulte em um estado de bem-estar materno-fetal. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar em riscos que possa comprometer o decurso gestacional e neonatal. Assim, é importante que as mulheres tenham acesso aos serviços de saúde e oportunidade de cuidados ainda na fase pré-gestacional (BRASIL, 2010).

Entre as complicações mais frequentes da fase gestacional encontram-se as infecções do trato urinário (ITU), que chegam a representar a terceira ocorrência clínica mais comum devido às mudanças anatômicas e fisiológicas do trato urinário, como a compressão do útero gravídico nos ureteres e do relaxamento da musculatura lisa determinada pela progesterona. Chega a acometer de 10% a 12% das gestantes, associando-se a significativos problemas relacionados à morbimortalidade materna e perinatal. Além da incidência aumentada dessas infecções entre grávidas, é justamente neste período que o arsenal terapêutico antimicrobiano e as possibilidades profiláticas são mais limitadas, em decorrência da toxicidade dessas drogas para o feto (VEIGA *et al.*, 2017).

A infecção do trato urinário caracteriza-se pela invasão e multiplicação de micro-organismos nos rins e nas vias urinárias, provocando danos aos tecidos do sistema urinário, o quadro clínico varia de bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes a quadros de pielonefrite. A *Escherichia coli* é o patógeno mais comumente envolvido nessas infecções. A infecção urinária costuma ser dividida em: bacteriúria caracteriza-se por presença de bactérias na urina sem sintomatologia específica; a cistite evidencia-se por disúria, polaciúria e urgência urinária podendo ser confundidos com aquele próprio da gestação, e a pielonefrite que caracteriza-se pela queda do quadro geral com presença de febre, calafrios, cefaleia, náuseas, vômitos e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral,

podendo estar associada a desidratação, comprometimento da função renal entre outras complicações (BRASIL, 2010).

Importante enfatizar que a infecção urinária em gestantes é ainda mais preocupante quando assintomática, pois, devido à ausência de sintomas, essa condição pode ocorrer discretamente ocasionando um comprometimento maior à saúde da gestante e do feto. Para o diagnóstico faz-se necessário compreender que alguns sintomas da infecção são difíceis de caracterizar, uma vez que, durante a gravidez, podem fazer-se presentes, como a polaciúria e a disúria. Quanto à urgência urinária, pode ocorrer, porém, em uma parcela menor, incidindo em cerca de 1% a 1,5% das gestantes (BARROS, 2013).

As complicações maternas da ITU são secundárias ao dano tecidual causado por endotoxinas bacterianas, ocorrendo principalmente nos quadros de pielonefrite, trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas ovulares, febre no pós-parto, baixo peso ao nascer, sepse materna e infecção neonatal. O trabalho de parto e parto pré-termo, ocorre em resposta à inflamação provocada pela produção de quimiocitocinas e fosfolipase A2 e C, mediadores da produção de prostaglandinas. Além disso, destaca-se a colonização do líquido amniótico por bactérias originárias do foco infeccioso urinário. Essas bactérias produziram fosfolipases A e C, que atuam sobre os precursores das prostaglandinas E2 e F2 α , desencadeando o trabalho de parto (DUARTE *et al.*, 2008).

O parto pré-termo é um problema de saúde pública e representa a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, isso em decorrência do risco de complicações como síndrome da angústia respiratória (SAR), doença pulmonar crônica, enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular e paralisia cerebral. Para a mulher, o parto pré-termo eleva o risco de nova interrupção em gestações subsequente (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

A partir desse contexto, emerge o seguinte questionamento: Qual a prevalência de ITU no período gravídico em gestantes com diagnóstico inicial de TPP? Diante do exposto, e considerando a relevância do tema para uma contribuição significativa no âmbito da saúde materno-fetal, torna-se imprescindível a realização deste estudo, tendo em vista a repercussão desta patologia no cenário obstétrico e neonatal, evidenciada pela elevada incidência de ITU no período gestacional e dos impactos sobre a saúde da mulher e do feto, como prematuridade, baixo peso e morte neonatal.

Espera-se que através dos resultados obtidos por esse estudo, sejam reforçadas as formas de diagnóstico e tratamento das infecções de trato urinário em gestantes, a fim de

diminuir ou até evitar a ocorrência frequente de complicações perinatais e obstétricas, oriundas dessa patologia, buscando dessa forma a qualificação da assistência ao binômio mãe-filho.

O presente estudo objetivou verificar a prevalência de ITU no período gravídico em gestantes com diagnóstico inicial de TPP e os fatores relacionados à prematuridade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital terciário de alta complexidade e de ensino, reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. A coleta foi realizada no período de setembro e outubro de 2019.

Realizou-se um levantamento dos registros de prontuários protocolados no período de julho de 2018 a julho de 2019, nos quais continham o histórico de enfermagem, instrumento utilizado para todas as gestantes admitidas na instituição *locus* da pesquisa, o qual apresentava informações sobre as consultas pré-natais, inclusive registro de exames e infecções ocorridas durante a gestação. Esse instrumento serviu como fonte principal para coleta de dados. Os prontuários impressos para análise foram obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) da instituição.

Foram incluídos no estudo, os prontuários de gestante com Classificação Internacional de Doenças (CID), para trabalho de parto prematuro 0600, a busca foi feita no sistema da intranet. Considerou-se como parto prematuro, aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (ZUGAIB, 2019). Foram excluídos os prontuários que não possuíam o histórico de enfermagem, os que tinham informações incompletas e/ou ilegíveis, os que estavam fora do período estimado da pesquisa e os prontuários não encontrados ou aqueles em que a idade gestacional não correspondia à prematuridade.

Após a realização das buscas, foram selecionados 284 prontuários, com exclusão de 67 prontuários. Ao final, a amostra foi composta por 217 prontuários e para seleção destes, utilizou-se a amostra aleatória simples.

A coleta de dados ocorreu mediante a utilização de um roteiro semiestruturado criado pela própria autora. Para mensuração dos dados sociodemográficos, utilizou-se as seguintes

variáveis: idade, religião, raça/cor, estado civil e ocupação. Já para mensuração dos dados obstétricos foram utilizadas as seguintes variáveis: número de gestações, Idade Gestacional (IG), paridade, tipo de gravidez, início do pré-natal, planejamento gestacional, intervalo interpartal, número de consultas de pré-natal, via de parto, antecedente de prematuridade, abortos prévios. Além disso, pesquisou-se o risco para prematuridade e a presença de ITU durante a gravidez.

Para mensuração dos fatores de risco relacionados ao TPP registrados no prontuário, foram considerados os fatores de risco baseados no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a saber: Parto prematuro prévio; História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre; Comprimento cervical <3.0cm; Baixo nível socioeconômico; Idade materna <15 anos ou >40 anos; Complicações maternas (clínicas ou obstétricas); Atividade física aumentada; Tabagismo; Uso de cocaína; Ausência de controle pré-natal; Situações de alto estresse; Gestação múltipla; Crescimento intrauterino restrito; Anomalias congênitas; Polihidrânio; Rotura prematura de membranas pré-termo; Descolamento de placenta; Presença de DIU; Mioma (particularmente submucoso ou subplacentário); Anomalias uterinas; Insuficiência istmo-cervical; Infecções maternas; Síndrome antifosfolípide; Trauma; Cirurgia.

O banco de dados foi organizado em planilhas do programa Microsoft Excel 2010, o que possibilitou a organização dos dados em tabelas. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples, com descrição das variáveis por meio das frequências absolutas (*f*) e relativas (%).

Esse estudo foi norteado pelos princípios éticos que envolvem pesquisas em seres humanos, mesmo que indiretamente, regidos pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual, incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres dos envolvidos (BRASIL, 2010). Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Aperfeiçoamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals e aprovado através do CAAE nº 16633319.9.0000.5041.

3 RESULTADOS

Foram analisados 217 prontuários de gestantes com TPP. A idade variou entre 13 e 42 anos, sendo que a maioria, situava-se na faixa etária dos 15 a 35 anos (89,87%), com média de 24,5 anos. Quanto à religião, 53,46% afirmou acreditar em Deus e 37,52% eram católicas. Em relação à raça/cor, a maioria se autodeclarou parda (94,48%). No que se refere à variável estado civil, 73,73% as gestantes foram identificadas com união estável (Tabela 1).

Tabela 1 – Categorização dos participantes da pesquisa quanto à idade, religião, raça/cor. Fortaleza-CE, 2019

Variáveis	N	(%)
Idade		
<15 anos	5	2,3
15 a 35 anos	195	89,87
>35 anos	17	7,83
Religião		
Católica	81	37,32
Evangélica	1	0,46
Acredita em Deus	116	53,46
Outras	19	8,76
Raça/Cor		
Parda	205	94,48
Branca	10	4,6
Negra	1	0,46
Amarela	1	0,46
Estado civil		
União estável	160	73,73
Solteiro	38	17,52
Não informado	16	7,37
Casadas	3	1,38
Ocupação		

Variáveis	N	(%)
Agricultura	18	8,3
Do lar	70	32,25
Costureira	5	2,3
Desempregada	18	8,3
Estudante	12	5,53
Autônoma	5	2,3
Outra	29	13,37
Não informada	60	27,65

Fonte: elaborada pelos autores (2019).

No tocante à variável número de gestações, 49,76% eram primigestas e 54,38% delas eram nulíparas. Quanto à Idade Gestacional (IG), 42,39% se encontram entre 34 a 37 semanas, 94,93% apresentava gravidez de único feto. Em relação ao início do pré-natal, 64,05% não informaram em que período gestacional foi iniciado o pré-natal, 38,71% das gestações afirmaram que a gravidez não foi planejada e 37,79% ignoraram essa informação. Com relação ao intervalo entre os partos, 79,72% ignoraram essa questão. Quando foram questionadas sobre o número de consultas pré-natais, 67,28% realizaram mais de seis consultas. No que se refere à via de parto, houve predomínio da via vaginal tendo sido escolhido por 55,76% das mulheres. Um total de 86,17% gestantes ignoraram a informação sobre antecedente de prematuridade e 82,94% informaram não ter histórico de aborto (Tabela 2).

Tabela 2 – Categorização dos participantes da pesquisa quanto às variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2019

Variáveis	N	(%)
Início do pré-natal		
Até 13 semanas	65	29,96
14 a 27 semanas	12	5,53
28 semanas ou mais	1	0,46
Ignorado	139	64,05
Planejamento gestacional		
Gravidez Planejada	51	23,50

Variáveis	N	(%)
Gravidez não planejada	84	38,71
Não informada	82	37,79
Intervalo interpartal		
< 2 anos	6	2,76
> 2 anos	38	17,51
Não informado	173	79,72
Nº de consultas pré-natais		
< ou = 6 consultas	146	67,28
> 6 consultas	56	25,80
0 consultas	2	0,92
Não informado	13	5,99
Via de Parto		
Vaginal	121	55,76
Cesárea	55	25,34
Teve alta antes do parto	41	18,89
Antecedentes de prematuridade		
Sim	23	10,59
Não	7	3,22
Ignorado	187	86,17
Abortos		
Até 2 abortos	33	15,2
>2 abortos	4	1,80
Nenhum aborto	180	82,94

Fonte: elaborada pelos autores (2019).

No que se refere ao risco de prematuridade foi identificado que 55,29% apresentavam algum risco e 44,70% não tinham risco algum. Um total de 35,02% informou que durante o período gestacional teve pelo menos um episódio de ITU e 37,32% não informou sobre a ocorrência de tal infecção. Sobre as intercorrências maternas associadas com a prematuridade, 72,81% das gestantes apresentaram uma ou mais intercorrências durante a gestação atual, sendo as mais frequentes: Ruptura Anteparo de Membranas Ovulares (18,43%), complicações maternas (14,28%) e parto prematuro prévio (11,98%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Categorização dos participantes da pesquisa quanto aos fatores de risco na gravidez para prematuridade e presença de Infecção do Trato Urinário. Fortaleza-CE, 2019

Variáveis	N	(%)
Risco para prematuridade		
Sim	120	55,29
Não	97	44,70
ITU na gestação		
Sim	76	35,02
Não	60	27,64
Ignorado	81	37,32
Fatores de risco registrado em prontuário		
Parto prematuro prévio	26	11,98
História de aborto no 2º trimestre	1	0,46
Comprimento cervical <3cm	3	1,38
Idade materna <15 ou > 40 anos	5	2,3
Complicações maternas	31	14,28
Tabagismo	3	1,38
Uso de cocaína	1	0,46
Situações de alto estresse	2	0,92
Gestação Múltipla	10	4,6
CIUR	5	2,3
Anomalias congênitas	6	2,76
RAMO	40	18,43
Deslocamento de Placenta	1	0,46
Anomalias Uterinas	2	0,92
Insuficiência Istmo Cervical	6	2,76
Infecções Maternas	16	7,37

Fonte: elaborada pelos autores (2019).

4 DISCUSSÃO

A idade materna é uma variável muito importante para se avaliar o risco para TPP. Segundo Moretto (2001), a idade materna há muito tempo está relacionada a resultados gestacionais. Para a autora, a idade ideal para ter filhos está entre 20 e 35 anos de idade, pois os filhos de mulheres com idades inferiores a essa faixa estão mais propensos a nascerem prematuros, e nas mulheres com idades acima dessa faixa, a possuírem síndromes e defeitos congênitos, bem como patologias específicas da gestação.

No tocante à religiosidade, a maioria das gestantes referiram acreditar em Deus. De acordo com Silva *et al.* (2010), a religiosidade se apresenta como um importante fator de proteção para a saúde, apontando uma relação entre religiosidade e saúde mental de forma positiva, a qual atua como incentivo a comportamentos e estilos de vida saudáveis.

De acordo com os dados apresentados 94,47% das gestantes pesquisadas se autodeclararam de cor parda, esses dados corroboram com um estudo de meta-análise realizado por Oliveira *et al.* (2018), onde ele aponta a variável raça/cor como determinante social na ocorrência das doenças e agravos à saúde. E ainda acrescenta que no Brasil, foi observada uma persistente situação desfavorável para as mulheres de cor preta e parda. Estas tiveram menores oportunidades de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal e chances ainda menores de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez.

Em relação ao estado civil, 73,6% possuíam união estável, esse dado representa um fator positivo, pois a ausência de um apoio paterno pode influenciar negativamente na evolução da gestação. Segundo Gomes *et al.* (2015), a solidão e o medo tendem a ser temas frequentes nas histórias sobre a gestação em mães solteiras, fazendo com que muitas delas relatem a concepção não desejada como um evento traumático em suas vidas.

Quanto a ocupação, a maior parte das gestantes exercia atividades do lar, importante enfatizar que, a depender da atividade laboral que a gestante exerça é preciso um cuidado mais diferenciado, visto que há atividade que podem levar ao comprometimento da gestação, como por exemplo, aquelas que exigem mais esforço físico (BRASIL, 2010).

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2014), para a mãe, o parto prematuro aumenta consideravelmente o risco de parto prematuro nas gestações subsequentes. Quanto a idade gestacional, houve um maior índice de gestantes no curso de gestações com idade gestacional > 34 e < de 37 semanas. Ainda é importante enfatizar que, das 217 gestantes avaliadas apenas

11 apresentaram gestação gemelar. Apesar de se um percentual menor em relação a amostra, porém a gravidez múltipla, resultante de técnicas de reprodução assistida, aumenta a incidência de parto pré-termo, afirma Montenegro e Rezende Filho (2014).

O início do pré-natal é determinante para um melhor prognóstico perinatal, propicia uma adequada atenção à gestante, para uma avaliação dos riscos gestacionais e oportunidades para vincular essa mulher ao atendimento durante a gestação. Segundo os dados colhidos, 65 das gestantes iniciaram o pré-natal em até 13 semanas de idade gestacional, enquanto 139 não tinha informações quanto a esta variável. No tocante as consultas pré-natais, 146 realizaram um número de consultas menor ou igual a 6 consultas, sendo que o Ministério da Saúde recomenda um número não inferior a 6, porém, esses valores podem ser justificados por tratar-se de partos pré-termo.

Quanto ao planejamento gestacional, 84 relataram não ter planejado a gestação. De acordo com Prietsch *et al.* (2011), a ocorrência da gravidez não planejada revela impactos importantes na oferta de cuidados de pré-natal, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil, além de representar risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal.

Considerando-se o tipo de parto, nota-se predominância discreta de parto vaginal 121, quando comparadas aos partos cesáreos 55. E o intervalo entre as gestações apenas 38, mantiveram um intervalo maior que 2 anos entre as gestações. É importante enfatizar que durante a gestações o organismo materno sofre várias transformações e quanto ao aspecto fisiológico exige uma reserva maior de energia, desta forma, uma gestação com um intervalo curto entre períodos gestacionais pode exacerbar as deficiências fisiológicas da mulher.

No que diz respeito aos antecedentes de prematuridade, 187 não apresentavam essa informação, enquanto 23 possuíam esse fator de risco. Em relação a histórico de abortamento 180 não tiveram nenhum aborto. É importante enfatizar que o fator de risco mais importante para o parto pré-termo é a história pregressa de parto pré-termo (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

Quanto aos fatores de risco na gravidez para prematuridade e presença de Infecção do Trato Urinário, 76 apresentaram ITU em algum momento da gestação, além de 81 não terem essas informações registradas em prontuários. E quanto aos fatores de risco a ruptura anteparo de membranas amnióticas (RAMO) apresentou o maior fator de risco 40, e em seguida as complicações maternas 31 as quais incluem a hipertensão arterial, diabetes, distúrbios da tireoide. Segundo Patriota, Guerra e Souza (2014), no Brasil, 30 a 40% dos

partos prematuros estão associados a RAMO e contribuem em 20% para óbitos pré-natais. Essa condição é considerada uma das três maiores causas de morbidade e mortalidade perinatal associada a prematuridade.

5 CONCLUSÃO

Através desse estudo foi possível observar uma relação significativa entre ITU e a prematuridade. Um número expressivo de gestantes apresentou pelo menos um episódio de infecção urinária durante o período gravídico. Esse resultado, nos leva a pressupor que os dados obtidos confirmam o objetivo desse estudo que busca verificar a prevalência de ITU no período gravídico e sua relação com o TPP e a prematuridade.

Além da ITU foi possível constatar que vários outros fatores estão relacionados com a prematuridade. É importante enfatizar a assistência pré-natal como uma ordenadora primordial do cuidado a mulher no período gestacional, pois quando realizado de forma qualificada, associa-se a uma redução significativa das complicações maternas e perinatais, consequentemente, na redução da prematuridade.

Apesar dos cuidados metodológicos necessários, este estudo apresenta limitação, em virtudes de ausências de informações registradas em prontuário. Para algumas variáveis houve falta de registro, o que dificultou a realização mais precisa dos dados. Os resultados, no entanto, sugerem a viabilidade da metodologia utilizada, já que grande parte dos estudos, onde se utiliza esse método apresentam as mesmas características em relação a coleta, sendo afetados pela baixa qualidade de preenchimento dos dados pelos profissionais de saúde.

Este estudo busca auxiliar os profissionais na prática dos seus trabalhos, mostrando a importância de um acompanhamento precoce e de qualidade, onde as queixas da mulher são valorizadas e os exames são ofertados em tempo oportuno para que se tenham condutas adequadas no menor tempo, evitando assim desfechos perinatais indesejáveis.

REFERÊNCIAS

- BARROS, S. R. A. F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/03.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.
- DUARTE, G. *et al.* Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- GOMES, A. G. *et al.* Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 399-411, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n2/v23n2a11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- MORETTO, V. L. **Gestantes diabéticas**: características e vivências durante a gestação. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1681/000305968.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- OLIVEIRA, K. A. *et al.* Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 26, abr. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-52-26.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PATRIOTA, A. F.; GUERRA, V. Q. L.; SOUZA, A. S. R. Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 36, n. 7, p. 296-302, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n7/0100-7203-rbgo-36-07-00296.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- SILVA, C. S. *et al.* Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 152-156, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n4/v37n4a02.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

VEIGA, S. P. *et al.* Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação. **Acta Biomédica Brasiliensia**, Santo Antônio de Pádua, v. 8, n. 1, jul. 2017. Disponível em: <https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/177/147>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2019.

CAPÍTULO 10

GRUPO TERAPÊUTICO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA RESIDENTE

Adriano Rodrigues de Souza¹

Keylla Conceição de Albuquerque Carneiro²

¹Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza - Ceará

²Dom Materno Consultoria, Sobral - Ceará

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de uma enfermeira residente em um grupo terapêutico no CAPS tipo I. **Método:** A experiência foi realizada em um grupo terapêutico de Educação em Saúde, com 11 usuários com diagnósticos de esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar. O planejamento do grupo foi conduzido por residentes da enfermagem e terapia ocupacional da Residência em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). A operacionalização do grupo ocorreu em quatro etapas: planejamento e estruturação do grupo; triagem e classificação dos participantes do grupo; operacionalização do grupo; e realização de um consolidado geral de avaliação dos encontros. **Resultados:** Foram realizados um total de nove encontros abordando as seguintes temáticas: higiene corporal; higiene bucal; lavagem das mãos; verminoses; autocuidado; hidratação; atividade física; alimentação saudável e adesão aos medicamentos. **Conclusão:** A vivência permitiu explorar uma estratégia que deve estar presente em todos os serviços substitutivos, resgatando do usuário práticas e reflexões sobre seu cotidiano, sendo esta uma forma de promover uma atenção integral à saúde, motivando o enfermeiro a buscar novos conhecimentos e a melhorar sua atuação em serviços substitutivos.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Centro de atenção psicossocial. Grupo terapêutico.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, que ocorreu durante a redemocratização do país e da Reforma Sanitária que originou o Sistema Único de Saúde. Buscou a desconstrução da lógica manicomial, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao sujeito de sofrimento psíquico à possibilidade do exercício de sua cidadania e o desenvolvimento de sua autonomia (ALVES *et al.*, 2009).

Após a tramitação no Legislativo desde 1989, a aprovação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 representou um marco no processo político. Conhecida como Lei Paulo Delgado, definiu o direito da pessoa portadora de transtornos mentais de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental e restringiu fortemente a internação destes pacientes. Surgiram então no Brasil, as primeiras normas regulamentadas para a implantação de serviços extra hospitalares, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

Segundo a Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os CAPS podem constituir-se das seguintes modalidades de serviços: CAPS I para municípios até 80 mil habitantes; CAPS II para municípios até 200 mil habitantes; CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes, com funcionamento 24 horas; CAPS I e II, atendimento exclusivo para crianças e adolescentes; CAPS ad II e III para atendimento de crianças, adolescentes e adultos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Os CAPS têm como prioridade atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade. São serviços de atenção diária em saúde mental e tem caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Surgiram como eixo estratégico do novo modelo, adotando novas práticas clínicas e terapêuticas. É considerado um serviço especializado e trabalha com equipe multiprofissional, cujas atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte terapia, além da administração de medicamentos, que antes era considerada a principal forma de tratamento (MIELKE *et al.*, 2009).

A atenção esperada em saúde mental, de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial, exige dos profissionais novas habilidades e competências que não são encontradas no cotidiano da formação. O conhecimento dos profissionais para atuação em

serviços substitutivos muitas vezes é superficial, sendo a capacitação oferecida majoritariamente em cursos de pós-graduação. Apesar disso, para o enfermeiro se inserir nesses serviços é desejável que realize um cuidado holístico, com adequação de novas intervenções e práticas assistenciais especializadas (VARGAS; DUARTE, 2011).

Antes da criação dos serviços substantivos, o processo de trabalho e os cuidados à saúde mental era voltado para contenção do comportamento e medicalização, fato este que mesmo anos após a reforma psiquiátrica ainda é encontrado em alguns serviços de saúde, mesmo nos extra-hospitalares. Segundo Oliveira e Alessi (2003), muitos enfermeiros não se percebem como agentes de transformação dessa realidade. Quando estão atuando nos serviços substitutivos, a maioria das vezes desempenham atividades administrativas e/ou apresentam dificuldade de corresponsabilização pela assistência.

É essencial que os enfermeiros estejam sempre buscando o conhecimento e trocando experiências com os demais profissionais da equipe de saúde, promovendo dessa forma um atendimento de qualidade para o usuário, pautado sempre que possível no trabalho interdisciplinar. As relações da equipe devem ser colocadas em discussão, pois os profissionais nesse modelo de atenção em saúde mental tornam-se polivalentes, transcendendo a área específica de atuação e rompendo com aspectos meramente individuais. É necessário planejar as medidas a serem tomadas durante o tratamento, utilizar a comunicação como forma de oferecer apoio, conforto e confiança para o cliente (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2010).

Uma das práticas a ser implementada pelo enfermeiro como trabalho interdisciplinar é sua atuação em grupos terapêuticos, oficinas e atendimentos compartilhados com outros membros da equipe, fazendo com que o profissional tenha uma participação ativa em outras linhas de cuidados, gerando valorização e estímulo na atuação cotidiana.

A abordagem grupal vem crescendo cada vez mais nos CAPS, e constitui-se em uma importante estratégia para a reabilitação do usuário, permitindo que o participante resgate momentos importantes e reflexões sobre seu cotidiano, proporcionando cada vez mais vínculo com o serviço e compartilhamento das suas principais demandas. O grupo terapêutico deve ser efetivado de forma coesa e atender alguns critérios básicos, como dedicação, organização, planejamento e programação de uma metodologia para o tema a ser abordado (SOUZA *et al.*, 2004).

Para um grupo ser operacionalizado, é necessário inicialmente realizar uma triagem individual, na qual será possível delinear o perfil do usuário, informar a metodologia do

grupo aos integrantes, escutando as expectativas dos usuários. A acolhida é essencial, pois resgata valores e aproxima mais ainda a clientela. O grupo pode ser um ambiente privilegiado, um espaço onde alguns acontecimentos possam ser reparados e onde a dificuldade de viver do usuário possa ser acompanhada (CAMPOS, 2001).

Durante o trabalho como residente em Saúde Mental, foi observado que a participação da enfermagem em terapia de grupo no CAPS Geral do município do Eusébio Ceará era inexistente. As atividades do núcleo de enfermagem eram voltadas para a medicalização e internações, sem a programação de novas práticas. A integração com a equipe multiprofissional permitiu um bom relacionamento, e junto a isso veio a proposta para participação do núcleo em grupos terapêuticos.

Nesse contexto, a construção da atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano de todos os profissionais, inclusive do enfermeiro. A integralidade é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação do usuário, seja este realizado de forma individual ou coletiva.

Acredita que a participação em novas práticas é um diferencial para a atuação dos enfermeiros na saúde mental, potencializando a construção de novos saberes e promovendo uma assistência diferenciada.

O presente estudo tem como objetivo de relatar a experiência de uma enfermeira residente em um grupo terapêutico no CAPS.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, que teve como finalidade descrever a vivência de uma residente no grupo terapêutico em um CAPS do município de Eusébio, Ceará. O referido equipamento foi inaugurado em 2005, diante da necessidade de um serviço voltado para pessoas em sofrimentos ou em situações decorrentes de transtornos mentais.

O município de Eusébio constitui-se como uma área de 79 km de extensão, possuidora de densidade populacional de aproximadamente 46 mil habitantes, sendo município limítrofe das regiões de Itaitinga, Fortaleza e Aquiraz. Sua emancipação da cidade de Aquiraz ocorreu em 19 de Junho de 1987 (CEARÁ, 2016).

O estudo correspondeu à atuação de duas residentes no CAPS tipo I, onde foi realizado o grupo terapêutico de Educação em Saúde, no período de janeiro de 2015 a março de 2015. Nessa experiência foram envolvidos usuários com diagnósticos de esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar.

O planejamento do grupo foi realizado pelas residentes da enfermagem e terapia ocupacional da Residência em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), e se dividiu em quatro etapas. Na primeira etapa estruturou-se o grupo com os principais temas a serem abordados, local de realização, dia e horário para acontecimento dos encontros. A segunda etapa foi composta pela classificação dos participantes do grupo, que aconteceu através de uma triagem, selecionando-se os usuários para o grupo. O terceiro momento constituiu-se na operacionalização do grupo e na quarta etapa houve finalização do grupo e realização de um consolidado geral.

O grupo acontecia uma vez por semana, o tempo médio dos encontros era de 60 minutos e a duração total foi de 10 semanas. A estruturação do grupo ocorreu em quatro etapas: planejamento e estruturação do grupo; triagem e classificação dos participantes do grupo; operacionalização do grupo; e realização de um consolidado geral de avaliação dos encontros. Foram realizados um total de nove encontros abordando as seguintes temáticas: higiene corporal; higiene bucal; lavagem das mãos; verminoses; autocuidado; hidratação; atividade física; alimentação saudável e adesão aos medicamentos. Todas essas temáticas foram trabalhadas de forma clara e objetiva. Houve uma média de 11 participantes por encontro.

Para execução das práticas obteve-se doações de materiais de uso pessoal como sabonetes, escovas de dente, creme dental e garrafas de água. Materiais de papelaria como cola, tesoura, pinceis, revistas e cartolina já existiam no serviço. As medicações para verminose foram solicitadas para central de assistência farmacêutica.

A cada encontro, as residentes responsáveis pelo grupo realizavam o registro das informações relacionadas ao planejamento, operacionalização e avaliação dos encontros.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterizando o grupo e os participantes

O processo de trabalho da enfermagem no CAPS foi de fundamental importância para analisar e alcançar o perfil dos participantes do grupo de educação em saúde. Os seguintes critérios foram analisados durante consultas de enfermagem: dificuldade de autocuidado, higiene corporal prejudicada, falta de informações básicas sobre educação e saúde, alimentação irregular e a não adesão ao acompanhamento da atenção primária.

Foi previamente acordado com a gestão do serviço de saúde o transporte para que não ocorresse evasão de usuários, favorecendo a adesão aos encontros. Foi acordado ainda com os profissionais do CAPS a necessidade de dar continuidade ao grupo terapêutico após a saída dos residentes do cenário de prática.

Para triagem utilizou-se a lista de pacientes que estavam frequentando o serviço duas vezes por semana ou diariamente. De trinta usuários, onze foram selecionados, sendo cinco do sexo masculino e seis do sexo feminino. Os principais diagnósticos foram esquizofrenia, transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar.

3.2 Do planejamento à ação: uma experiência inovadora

A partir do planejamento foi possível perceber o quanto o grupo seria relevante para os condutores e usuários, um processo que iria além da teoria, um espaço onde eles iriam compartilhar seus saberes, operacionalizar e trocar experiências com outros colegas.

No primeiro encontro a temática foi acolhimento, realizou-se uma prática de relaxamento que tinha como finalidade liberar a tensão trazida por eles de casa a partir de uma música relaxante. Nessa prática de acolhida observou-se a interação dos participantes, a técnica provocou sensação de amparo, fazendo com que eles entendessem que sua autonomia e autocuidado dependiam deles.

Em um segundo momento, foi informada a metodologia do grupo e firmado o compromisso dos participantes com o tratamento e adesão ao grupo. No final do encontro cada usuário renovou o compromisso firmado diante do grupo.

No terceiro, quarto e quinto encontros foi abordada a temática sobre higiene pessoal, o terceiro correspondendo à higiene corporal, o quarto à higiene bucal e o quinto a lavagem

das mãos. Foi demonstrada a técnica de higiene corporal e repassadas as orientações, logo após realizou-se recortes de ilustrações que representassem o banho e colado em cartazes. No final os participantes falaram sobre sua colagem, sendo o resultado da maioria satisfatório. Apenas dois usuários não conseguiram expressar o que o banho significava. As temáticas higiene bucal e lavagem das mãos foram trabalhadas no espaço destinado para refeições, pois possuía pia e ficava acessível, porém alguns relataram que em suas casas não dispunham de pia, nem água corrente na torneira, então realizou-se a técnica de acordo com a realidade deles, fazendo com que todos participassem ativamente.

No sexto encontro foi trabalhado o assunto verminoses, com um breve resumo dos encontros sobre higiene, reforçando-se a importância do banho e da lavagem das mãos para combater as verminoses. Foi um encontro mais teórico, sendo o assunto enfatizado de forma clara e coesa, porém notou-se que alguns participantes ficaram dispersos. No mesmo dia foi iniciado o esquema medicamentoso para verminoses, nesse encontro a técnica de enfermagem realizou a administração do medicamento para verminose.

Vale ressaltar que a temática acima citada foi de fundamental importância, pois notou-se que eles sabiam algumas informações sobre os vermes, mas não entendiam a complexidade e os danos que eles poderiam trazer à saúde. Apesar da ausência de interação de alguns participantes, acredita-se que alcançou-se o objetivo do encontro, que era provocar a curiosidade e despertar a atenção sobre o assunto.

O sétimo e oitavo encontros contemplaram a temática autocuidado, com abordagem dos assuntos hidratação, atividade física e alimentação saudável. Como o bebedouro era compartilhado, disponibilizou-se garrafas doadas e sugeriu-se que eles trouxessem para repor água sempre que necessário. No dia da temática atividade física, foi realizada a técnica de alongamento pela profissional residente de educação física. A mesma abordou assuntos relevantes como caminhada e maneiras de manter uma boa saúde com atividades físicas. O oitavo encontro foi sobre alimentação saudável, foi um dos encontros que eles mais expressaram suas opiniões. Alguns participantes relataram suas dificuldades em comprar alimentos saudáveis, pois toda a família era sustentada com apenas a sua aposentadoria, ou viviam de outras rendas como bolsa família e não dava para comprar muitos alimentos. Assim, procuravam comprar o que era mais barato e o que rendia mais.

No nono encontro a temática foi sobre adesão aos medicamentos, abordando como armazenar, como ser responsável pela sua própria medicação, os horários de administração, a interação com outros medicamentos e a superdose. Como a maioria dos participantes

levavam diariamente medicações de controle para casa, foram confeccionando envelopes com desenhos que facilitassem a orientação. O sol simbolizando a manhã, o sol e a nuvem representando o turno da tarde e a lua à noite. Foram feitos recorte e colagem, eles operacionalizavam o que iriam utilizar. A maioria dos pacientes participou ativamente, outros necessitaram de ajuda para corte e desenho.

Procuramos abordar essa temática por ser uma prática de autocuidado diário e uma forma de estimular a responsabilidade por sua medicação. Foi ressaltada também a importância da dose supervisionada por algum familiar ou profissional da saúde.

Para estimular a fala dos participantes em cada encontro, perguntava-se como eles tinham se sentido naquele dia, se as informações tinham sido transmitidas de forma clara, se existia alguma dúvida. Alguns ficavam calados, mas outros transmitiam um afeto como sorriso e gestos de carinhos, sempre tinham dois ou três participantes que faziam suas considerações, contribuindo bastante para o fechamento de cada sessão.

No último encontro foi realizado o consolidado de todas as ações realizadas. A intervenção para esse encontro foi baseada na escuta de todos os usuários, com a finalidade de saber o que o grupo tinha representado para eles. Muitos falaram de forma rápida, outros já participaram mais, falaram que o grupo trouxe aprendizado e orientações fundamentais. Além disso, foi frisada a importância das práticas e a transmissão das informações para os familiares. O grupo foi finalizado com o agradecimento pela participação, assiduidade, comprometimento e responsabilidade.

4 DISCUSSÃO

O desenvolvimento e a condução de atividades do grupo de Educação em Saúde trouxeram para a maioria dos usuários um aprendizado das necessidades básicas diárias. As estratégias abordadas mostraram resultados positivos, os sujeitos participaram de forma ativa, praticaram a técnica proposta para cada encontro, fato que trouxe contribuições para a atuação da enfermagem em serviços substitutivos, permitindo ao profissional residente uma visão holística do participante.

Esse resultado foi semelhante ao encontrado em uma atividade grupal desenvolvida por enfermeiros em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas (CAPS AD) de Fortaleza, na qual houve adesão e o envolvimento dos participantes, promovendo mudanças

importantes nas áreas afetiva, relacional, interpessoal e social (MENDES; LOPES; LOBO, 2016).

A cada sessão percebeu-se o quanto a promoção de saúde é importante. O compartilhamento de informações por meio da terapia grupal em no CAPS foi uma forma de reconstrução da subjetividade do sujeito, que por muitas vezes é negligenciada pelos profissionais, comunidade ou pelos familiares.

Conforme evidenciado em outro estudo, as intervenções grupais são essenciais à atenção psicossocial, pois promovem a reabilitação psicossocial dos usuários, o diálogo entre outros pacientes e com os familiares, além de reduzirem o distanciamento entre os profissionais e os usuários. Apesar dessas vantagens, observa-se a incipiência na formação para condução de grupos em saúde mental, além da escassez de atividades de educação permanente (MORAES FILHO *et al.*, 2015).

O CAPS é considerado um lugar de inserção social. Muitos usuários comparam a uma família ou a um trabalho, é o local onde eles sentem-se acolhidos e valorizados, pois muitos são oriundos de inúmeras e longas internações. As atividades do serviço muitas vezes são compreendidas pelos usuários como um lugar de ajuda, onde o grupo trata-se de um espaço em que podem esclarecer suas dúvidas e refletirem junto aos colegas (SOUZA; PINTO; JORGE, 2010).

Durante o percurso da residência nas linhas de cuidados da saúde mental, e diálogos com outras áreas e setores foi possível compreender algumas demandas, como por exemplo, as condições socioeconômicas dos usuários. Percebeu-se que alguns participantes recebiam aposentadoria ou benefício, e quando recebiam tinham que sustentar toda a casa, compareciam aos serviços não só apenas para as atividades, como também para refeições, pois muitas vezes em sua casa não tinham os alimentos básicos, é necessário entendê-los pela sua singularidade, apostando e fazendo valer a pena a produção de cuidados, não se restringindo apenas a doença.

Acerca do perfil social de usuários do CAPS, a literatura mostra predominância de um baixo nível de escolaridade e dificuldade de conseguir emprego formal, o que reflete em dependência socioeconômica, com impactos negativos sobre os usuários e seus familiares. A incapacidade produtiva traz sofrimento mental em decorrência da dificuldade no desenvolvimento de atividades de trabalho e lazer (SANTOS *et al.*, 2019).

Os resultados apresentados tiveram importância tanto para o serviço como para a enfermagem, visto que a participação dos usuários e o vínculo estabelecido são ferramentas

fundamentais para o sucesso terapêutico em uma perspectiva de atenção integral e humanizada.

A ações desenvolvidas pela equipe de trabalho do CAPS favorece a reabilitação psicossocial a partir da valorização do contexto social, a ressocialização do indivíduo e da participação da família como suporte fundamental no tratamento, promovendo a interação social, a cidadania e a autonomia dos usuários (COSTA *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe um novo conhecimento e novas experiências para a atuação do enfermeiro nos serviços substitutivos. Reforçou a importância das práticas grupais para a assistência de enfermagem e a necessidade de planejamento das ações com clareza e corresponsabilização entre os membros da equipe multidisciplinar.

A vivência em grupo terapêutico permitiu explorar uma estratégia que deve estar presente em todos os serviços substitutivos. No início houve dificuldade pessoal em como lidar com o desenvolvimento do grupo, pois a residente nunca havia coordenado um grupo antes na saúde mental, nem mesmo havia conhecimento para tanto na sua formação. Porém, com o apoio dos demais residentes foi possível o engajamento e a motivação para concretizar as ações desenvolvidas no grupo conforme planejado. A intervenção grupal favoreceu um novo modelo de atenção, proporcionando a promoção da saúde e a integralidade do cuidado.

Assim, a programação e a operacionalização dos grupos terapêuticos vai para além dos cuidados, permitindo enxergar a realidade do usuário de forma mais humana, com vistas a reforçar a escuta e o acolhimento para promoção de uma atenção integral.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. O. *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, [S.l.], v. 72, n. 1, jan./mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 fev. 2021.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

CEARÁ. **Cidade**: conheça Eusébio. Eusébio: [s.n.], 2016. Disponível em: http://www.eusebio.ce.gov.br/pagina_simples.php?titulo=Conhe%20a%20Eus%20bio&pagina=cidade_conheca_eusebio. Acesso em: 18 nov. 2016.

COSTA, J. P. *et al.* A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, v. 5, n. 1, p. 35-45, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/view/15855/17903>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MENDES, M. F.; LOPES, V. B.; LOBO, A. P. A. Saúde mental e arte: relato de uma oficina de experiências Estéticas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 20, p. 70-78, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cbsm/v8n20/v8n20a05.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MIELKE, F. B. *et al.* O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MORAES FILHO, I. M. *et al.* Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, n. 4, v. 2, p. 86-95, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/242/114>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, maio/jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4623-4634, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/11.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SANTOS, N. H. F. *et al.* Perfil de pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 13, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/242177/33552>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SOUSA, A. M. A. *et al.* Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 625-632, out./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a16.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SOUZA, D. L. M.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-Ceará. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 147-54, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a17.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-126, 2011. Disponível em: [sciELO.br/pdf/tce/v20n1/14.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/14.pdf). Acesso em: 10 fev. 2021.

IMAC **Editora**