ENFERMAGEM: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME IV

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Enfermagem: a ciência da vida

4ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

4ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238E Enfermagem: a ciência da vida

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2021

80 f.: il

DOI: 10.37423/2021.edcl327

ISBN: 978-65-89955-70-2

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. cuidados 2. prevenção 3. saúde-pública I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2021.edcl327>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

Dr. Anderson Reis de Sousa

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2021

CAPÍTULO 1	5
ARTE E TERAPIA COM FAMILIARES DE PESSOAS COM CÂNCER – REVISÃO INTEGRATIVA	
Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres	
Naiara Floro Faria	
Flora Elisa de Carvalho Fussi	
Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo	
DOI 10.37423/210904689	
 CAPÍTULO 2	 26
PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DE	
DEPENDENTES DE DROGAS	
Alessandra Souza de Carvalho do Vale	
Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres	
DOI 10.37423/210904704	
 CAPÍTULO 3	 56
PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE	
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	
Ana Paula Lobo Trindade	
MARINES MATOS DA SILVA	
Maria Daniele Correa da Mota	
Mônica de Nazaré Monteiro Gonçalves	
Raquel Inácio Sousa Matos	
DOI 10.37423/210904721	
 CAPÍTULO 4	 69
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA ADULTA NO CONTEXTO	
HOSPITALAR	
Dilmaria Pineheiro Carvalho	
Carleone Vieira dos Santos Neto	
Gabriel Brasil Gil	
Jeniffer Santos Davi	
Tamires Jesus Sousa	
Antonio Vitor Soares da Silva	
Solange Lopes França	
Anna Paula Matos de Jesus	
Leilane Nascimento da Conceição	
Daniela Sena de Araújo	
DOI 10.37423/210904755	

Capítulo 1

10.37423/210904689

ARTE E TERAPIA COM FAMILIARES DE PESSOAS COM CÂNCER – REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

Universidade de Brasília

Naiara Floro Faria

Universidade de Brasília

Flora Elisa de Carvalho Fussi

Associação Brasil Central de Arteterapia

Andrey Hudson Interaminense Mendes de Araújo

Universidade Paulista - UNIP

Resumo: Os familiares são o alicerce de cuidados das pessoas enfermas e são de grande importância no enfrentamento da neoplasia, o que leva a mudanças em sua vida profissional, familiar e pessoal. O presente estudo busca analisar as evidências científicas acerca da arte e terapia aplicadas a grupo de familiares de pessoas com câncer. Como metodologia, foi utilizada revisão integrativa que resultou na seleção de 16 artigos, que, após analisados em diferentes categorias, constatou-se que sete dos trabalhos avaliaram um programa ou processo de Arteterapia, três avaliaram programas de Terapia pela arte, além de dois artigos sobre a Arteterapia nos cuidados paliativos e outros quatro como cuidado secundário. Mesmo diante da escassez na literatura, os estudos levantados possibilitaram o delineamento das atividades e métodos que têm sido desenvolvidos em diferentes países, oferecendo indícios valiosos sobre o impacto da Arteterapia no contexto da Oncologia familiar.

Palavras-chave: Arteterapia. Terapia pela arte. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde mental. Processo de cuidar em saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é considerado um problema de saúde pública e representa uma causa de mortalidade significativa para todas as regiões do País (INCA, 2017a; 2017b). O avanço das tecnologias em saúde, com o diagnóstico e tratamento precoces e a possibilidade de sobrevida das pessoas acometidas pela doença, tornam a patologia crônica e curável. Entretanto, o tratamento do câncer é de longo prazo, frequentemente invasivo e resulta em constantes internações, o que pode atrapalhar o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social normal da pessoa, em especial do público infantojuvenil; igualmente, pode trazer implicações para a dinâmica familiar, com as limitações que a doença e o tratamento impõem (KATZ *et al.*, 2018). Além do que, o câncer é uma doença que carrega o estigma de ser fatal, o que traz um grande temor e repercute negativamente nos outros membros da família. A doença grave e a morte, que permeiam o câncer, são acontecimentos considerados críticos na relação familiar, visto que vão influenciar toda a dinâmica da família e vão gerar uma crise e trazer rupturas e alterações da rotina no percurso desenvolvimental (COPETTI *et al.*, 2018). Esses fatores influenciam o comportamento e o nível de ansiedade dos familiares, que apresentam mais dificuldades em lidar com estratégias de enfrentamento com foco na emoção, quando comparados com outros familiares com doenças agudas ou com outras doenças crônicas, graves ou sem patologias (SCHARDONG; CARDOSO; MAZONI, 2017).

Os familiares são o alicerce de cuidados das pessoas enfermas e desempenham papel de grande importância na prevenção, na manutenção e no enfrentamento da neoplasia. Ao se depararem com a doença de um familiar, as pessoas dedicam-se quase que exclusivamente a cuidar deles, o que leva a mudanças em sua vida profissional, familiar e pessoal: abandono do emprego; afastamento do núcleo familiar e de sua vida social são exemplos de mudanças que contribuem para o desgaste físico e emocional desses familiares, além do processo de adaptação à nova realidade trazida pelo diagnóstico do câncer (COSTA *et al.*, 2018).

A arte e terapia, que incluem a Arteterapia e a terapia pela arte, podem ser métodos auxiliares inseridos na assistência aos familiares e cuidadores dos pacientes oncológicos pediátricos, pois são ferramentas que não constituem apenas de um mero entretenimento, mas, sim, uma forma de linguagem que permite à pessoa comunicar-se com os outros. Consideraram-se aqui, neste artigo, a Arteterapia como uma área conduzida por um arteterapeuta de formação e em arte em terapia, ações de arte desenvolvidas por profissionais de diversas áreas do contexto terapêutico. A arte e terapia podem ser incluídas como estratégia no planejamento da assistência e cuidados em saúde mental,

voltada para o público com neoplasia em favor da atenção psicossocial ou do bem-estar do público-alvo. Estudos de Arteterapia com foco na área da Oncologia, desenvolvidos por diversos autores, revelaram aspectos positivos dessa relação (SOUSA *et al.* 2019; VALLADARES-TORRES; RIBEIRO, 2020).

Diante da escassa atenção dedicada pela literatura à assistência de arte e terapia voltada para o atendimento aos familiares de pessoas com câncer, buscou-se analisar a produção científica acerca dessa temática, para verificar as possíveis contribuições e as lacunas do conhecimento produzido nesse campo, com vistas a valorizar a sistematização dessa prática na atenção aos familiares na área de Oncologia. Assim, questionou-se se o processo de arte e terapia poderiam auxiliar os familiares no enfrentamento da neoplasia do filho. Dessa forma, o presente estudo busca analisar as evidências científicas acerca da arte e terapia aplicadas a grupo de familiares de crianças com câncer.

MÉTODO

O método utilizado para a construção desta pesquisa foi a revisão integrativa da literatura. Tal revisão seleciona estudos referentes a determinado problema de investigação, para realizar uma análise crítica em relação aos objetivos e ao caminho metodológico, o que contribui para a integração do conhecimento e sua aplicabilidade, bem como para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Dessa forma, os artigos de revisão da literatura reúnem, sintetizam e avaliam os resultados das pesquisas sobre um tema em questão, de maneira sistemática e ordenada (POMPEO, ROSSI, GALVÃO, 2009).

O método percorreu cinco etapas, a saber: identificação da temática e a formulação da questão norteadora, a busca na literatura, avaliação criteriosa dos dados presentes nos estudos, análise e interpretação dos dados e sua síntese e, finalmente, apresentação dos resultados (HOPIA; LAVATA; LIIMATAINEN, 2016). Para tanto, elaborou-se uma questão norteadora a partir da estratégia PICO, uma abreviação construída por P: participantes, I: fenômeno de interesse e Co: contexto do usuário, conforme recomendação do *Jonna Briggs Institute* (JBI, 2014). Dessa maneira, delineou-se a questão norteadora na pesquisa: quais as evidências disponíveis acerca da arte e terapia destinada a familiares que enfrentam o câncer?

Nesse ínterim, efetuou-se a coleta de dados que se deu por meio de pesquisas on-line de trabalhos, com o objetivo de selecionar as principais produções nacionais e internacionais sobre o tema nas seguintes bases de dados virtuais, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no qual foram incluídos: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical*

Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Além da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *US National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PUBMED) e Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e o Google Acadêmico. Nessa perspectiva, para a base de dados em Português, foram aplicados os descritores em ciências da saúde (DECS) e, para o idioma Inglês, realizou-se a busca no *Medical Subject Headings* (MeSH). Da mesma forma, foram utilizados os operadores booleanos AND e “” para a associação dos descritores, da seguinte forma: “terapia pela arte” OR “Arteterapia” AND “Oncologia” AND “família” – em Português; “art therapy” AND “oncology” AND “family” – em Inglês; “terapia con arte” OR “Arteterapia” AND “oncología” AND “familia” – em Espanhol.

Para a seleção dos artigos, empregaram-se as recomendações dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises – PRISMA (SHAMSEER *et al.*, 2015). Foram adaptados, para esta revisão integrativa, os seguintes critérios de inclusão: publicações em periódicos indexados nas bases selecionadas, em idioma Português, Espanhol ou Inglês e sem recorte temporal. As buscas não tiveram recorte temporal, a fim de garantir uma abrangência maior de trabalhos. Definiram-se os seguintes critérios de exclusão: referências que não responderam à pergunta norteadora, artigos de revisão, livros, capítulo de livros, artigos empíricos e textos cujas referências não estavam completas e disponíveis gratuitamente. Artigos repetidos em mais de uma base indexadora foram computados uma única vez. A busca foi realizada no período de set.-nov. de 2020, por meio do cruzamento dos descritores anteriormente citados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento possibilitou o acesso a 1.008 referências, das quais 732 vieram do Google Acadêmico, 234 da PubMed, 42 da BVS e nenhuma da SciELO. Destes, foram incluídos 927 e excluídos 530 artigos. Após a leitura na íntegra, a seleção final foi composta por 16 publicações, que se mostraram pertinentes aos objetivos propostos, sendo nove disponíveis no Google Acadêmico, quatro na PubMed, três na base BVS e nenhuma na SciELO. Assim sendo, a seleção final das referências incluídas na amostra foi demonstrada na Figura 1.

Figura 1- Processo de seleção dos artigos. Brasília, DF, 2021

Fonte: Elaboração dos autores

Os resultados encontrados indicaram que, durante o período, foram selecionadas apenas 16 referências das 1.008 inicialmente consultadas e o principal motivo para a exclusão de artigos foi o distanciamento em relação ao foco que norteia a presente investigação, seja pela atenção voltada apenas a pacientes com câncer, por não abordarem intervenções de arte e terapia ou por trazerem artigos de revisão. Para resumir e sintetizar algumas informações extraídas dos artigos selecionados para análise utilizou-se um quadro ilustrativo (Quadro 1) e foram empregadas as seguintes variáveis: numeração (A), autores, título do artigo, periódico e ano de publicação, idioma, país de origem, público-alvo e contexto que foi desenvolvido a pesquisa. Posteriormente, realizou-se a análise das informações de maneira descritiva, que possibilitou discussão fundamentada nas evidências científicas.

Quadro 1 - Sistematização quanto à numeração (A), ao autor, título, periódico, ano de publicação, idioma, país de origem, público-alvo e contexto dos artigos selecionados ordenados por data decrescente de publicação. Brasília, DF, Brasil, 2021

Numeração/ Autores/ Título/	Periódico/ Ano de publicação/ Idioma- País de origem	Público-alvo	Contexto
-----------------------------	--	--------------	----------

(A1) Brando MCMMS. Um novo amanhecer através da Arteterapia... Resgatando relacionamentos, após a mastectomia.	Latin American Journal of Development. 2020. Português - Brasil	Casais (60 mulheres e 15 homens)	De mulheres mastectomizadas participantes de um grupo de apoio.
(A2) Lefèvre C, Economos G, Tricou C, Perceau-Chambard E, Filbet M. Art therapy and social function in palliative care patients: a mixed-method pilot study.	BMJ Supportive & Palliative. 2020. Inglês - França	24 pacientes e 7 famílias enlutadas	De pacientes em cuidados paliativos.
(A3) Kaimal G, Carroll-Haskins K, Mensinger JL, Dieterich-Hartwell RM, Manders E, Levin WP. Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study.	<i>Eur J Oncol Nurs.</i> 2019. Inglês – EUA	34 cuidadores profissionais (n = 25) e informais (n = 9)	De uma Unidade de radiação oncológica.
(A4) Reyna-Martínez M, González-Romo RA, López JA. Estudio de caso: atención arteterapéutica a cuidadora primaria, madre de un hijo con leucemia para favorecer su expresión emocional y afrontamiento en Arteterapia.	Papeles de Arteterapia y educación para inclusión social. 2019. Espanhol - México	1 mãe	De uma criança com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (L.L.A).
(A5) Ajamil EG. Arteterapia familiar en oncología pediátrica	Psicooncología. 2018. Espanhol - Espanha	10 famílias (36 pessoas, sendo 20 pais e mães, 9 crianças e adolescentes com câncer e 7 irmãos)	De pacientes que estavam na fase de ida para casa após o tratamento hospital.
(A6) Ajamil EG, Apellaniz IOAM. Propuesta de un modelo teórico de intervención en Arteterapia familiar. El proceso creativo como herramienta terapéutica en el trabajo con familias.	Papeles de arteterapia y educación para inclusión social. 2018. Espanhol - Espanha	Integração de dois paradigmas: a ligação triangular arteterapêutica com uma perspectiva psicodinâmica e as relações familiares a partir dos fundamentos da terapia sistêmica	Proposta teórica.
(A7) Holland C, Alison Hocking A, Joubert L, McDermott F, Niski MD, Salo FT, Quinn MA. My Kite will fly: improving communication and understanding in young children when a mother is diagnosed with life-threatening gynecological cancer.	J Palliat Med. 2018. Inglês - Austrália	36 crianças (24 meninas e 12 meninos com idade entre 3 e 12 anos)	Extraídas de 19 famílias (de mães que foram diagnosticadas com câncer ginecológico com risco de vida)
(A8) Silva MEB, Torres QSN, Silva TB, Araújo CS, Alves TL. Práticas integrativas e vivências em Arteterapia no atendimento a pacientes oncológicos em hospital terciário.	Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 2018. Português - Brasil	30 (trinta) pessoas (pacientes com câncer e seus acompanhantes) cada sessão	Durante sessões de quimioterapia em um hospital universitário
(A9) Labra González P. Taller de creatividad con enfoque terapéutico: una experiencia de arte terapia con grupo abierto en sala de espera de quimioterapia.	Monografía (Especialización em Arteterapia). 2017. Espanhol - Chile	Grupo aberto de pacientes oncológicos e seus acompanhantes	Em sala de espera de quimioterapia da Fundação Arturo López Pérez durante 3 meses
(A10) Catlin A, Ford M, Maloney C. Determining family needs on an oncology hospital unit using Interview, art, and survey.	Clin Nurs Res. 2016. Inglês - EUA	19 Familiares (cônjuges, mas também pais, irmãos, noivos e filhos adultos)	À beira do leito

(A11) D'Alencar ER, Souza AMA, Araújo TS, Beserra FM, Lima MMR, Gomes AF. Arteterapia no enfrentamento do câncer.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2013. Português – Brasil	49 pessoas extraídas do grupo de pacientes e seus acompanhantes	Em um hospital universitário
(A12) Jones G, Browning M. Supporting cancer patients and their carers: the contribution of art therapy and clinical psychology.	Int J Palliat Nurs. 2009. Inglês - Inglaterra	Estudos de caso de pacientes com câncer e seus cuidadores	De um serviço de câncer e cuidados paliativos no País de Gales.
(A13) Massimo LM, Wiley TJ, Caprino D. Health emigration: a challenge in paediatric oncology.	J Child Health Care. 2008. Inglês - Itália	Três casos de crianças (7-10 anos) e suas famílias	De pessoas que buscavam encontrar no exterior tratamento médico mais avançado possível para seu filho doente.
(A14) Walsh SM, Radcliffe RS, Castillo LS, Kumar AM, Broschard DM. A pilot study to test the effects of art-making classes for family caregivers of patients with cancer.	Oncol Nurs Forum. 2007. Inglês - EUA	69 cuidadores familiares de pacientes com câncer que tinham idade entre 18 e 81 anos (X = 48 anos)	De uma unidade residencial de saúde de cuidados para familiares dos pacientes
(A15) Walsh SM, Martin SC, Schmidt LA. Testing the efficacy of a creative-arts intervention with family caregivers of patients with cancer.	J Nurs Scholarsh. 2004. Inglês - EUA	Cuidadores familiares primários maiores de 18 anos de pacientes com câncer	De um centro regional de tratamento de câncer.
(A16) Walsh SM, Weiss S. Art intervention with family caregivers and patients with cancer.	Oncology Nursing Forum. 2003. Inglês - EUA	Pacientes com câncer e seus cuidadores familiares	À beira do leito, durante o tratamento em um centro de câncer abrangente.

Fonte: Elaboração dos autores

A maioria das referências esteve vinculada a intervenções práticas aplicadas aos familiares com a participação ou não de pessoas com câncer e à sua aplicabilidade. Somente uma abordou uma reflexão sobre a Integração de dois paradigmas voltados para o tema. Os estudos analisados foram produzidos no período 2003-2020, o que demonstrou um número reduzido de trabalhos em âmbito mundial e os primeiros trabalhos foram datados somente a partir de 2003. Após o ano de 2018 é que se tem um número maior de trabalhos nessa área, isto é, nos últimos três anos (50%, n=8), o que demonstra um aumento atual de estudos referentes ao tema devido à sua relevância para a comunidade científica.

Os estudos analisados foram desenvolvidos nos seguintes países: Estados Unidos (n=5), Brasil (n=3), Espanha (n=2) e França, Inglaterra, Itália, México, Chile e Austrália (n=1 para cada país). Aspecto que aponta uma variedade de locais que foram desenvolvidos e dessa forma, uma busca mundial pela temática, mesmo que escassa. Mesmo no Brasil, dos três trabalhos apresentados, um foi realizado em São Paulo/SP, o outro em Fortaleza/CE e o outro em Maceió/AL. Quanto ao idioma, observou-se o predomínio de estudos em Inglês, com 62,5% (n=10), devido ao fato de a maioria das referências serem publicadas em revistas de contexto internacional. Em Português e Espanhol surgiram quatro investigações de cada.

No que concerne à autoria, destacaram-se pesquisadores ligados às profissões da área de saúde, com predomínio da atuação de arteterapeutas, enfermeiros, psicólogos e uma equipe multiprofissional. Ao analisar os artigos, em relação aos autores, houve uma variedade de autoria, apenas dois autores repetiram: Sandra M. Walsh com três artigos publicados e Estibaliz Gutierrez Ajamil, com dois. Sandra M. Walsh é enfermeira, professora Dr.^a da Faculdade de Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Internacional da Flórida em Miami, enquanto Estibaliz Gutierrez Ajamil é Mestre em Arteterapia e Educação Artística para a Inclusão Social e docente do Instituto MAP (Música, Arte y Processo) de Vitoria-Gasteiz na Espanha.

Conforme os textos avaliados, destaca-se que, em relação aos periódicos, houve predomínio de publicações em revistas de Enfermagem (n=6, *Oncology Nursing Forum*, *Nurs Scholarsh*, *Clin Nurs Res*, *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* e *Int J Palliat Nurs*), de Oncologia (n=4, *Eur J Oncol Nurs*, *Psicooncología* e *Oncology Nursing Forum*), três artigos publicados em periódicos que abordam cuidados paliativos (*BMJ Supportive & Palliative*, *J Palliat Med* e *Int J Palliat Nurs*), seguidos de Revistas de Arteterapia, de pediatria, de saúde e uma monografia. As Revistas que publicaram dois artigos sobre o tema foram: *Oncology Nursing Forum* (Enfermagem oncológica) e *Papeles de Arteterapia y educación para inclusión social* (Arteterapia).

Foram incluídos como participantes: familiares e pessoas com câncer (56,2%, n=9) ou somente familiares (37,5%, n=6). Os familiares eram pessoas adultas ou o público infantojuvenil, que abrangeram companheiros, pais, filhos, irmãos e noivos. O número de participantes variou conforme o método adotado, com o mínimo de um (estudo de caso único) e máximo de 69 pessoas, além dos grupos abertos. No caso do estudo teórico, a intervenção foi descrita de forma genérica, sem fazer menção ao número de pessoas beneficiadas.

Entre os estudos selecionados, as técnicas de artes mais exploradas foram desenho, pintura, colagem, modelagem, histórias ou contos, música, além da conscientização corporal, fotografia, escultura, narrativa, leitura de texto, jogos, recorte, bordado, visualização criativa, técnica do espelho, cromoterapia, meditação e massoterapia. Em relação ao contexto, foi observada uma variedade de possibilidades, pois os estudos apontaram trabalhos desenvolvidos nas instituições hospitalares – à beira do leito (A10, A16) ou não (A8, A9, A11), em ambientes extrahospitalares (A4, A7, A13, A14, A15) -, voltado para os tratamentos invasivos, como quimioterapia (A8, A9), radioterapia (A3), mastectomia (A1), nos cuidados paliativos (A2, A12), em programas de preparação para volta para casa (A5) e outros (A6).

Sobre o delineamento do método, 56,25% (n=10) das referências utilizaram metodologia qualitativa, 18,75% (n=3) eram estudos de abordagem quantitativa, 18,75% (n=3) tiveram delineamento misto, mesclando métodos quantitativo e qualitativo para alcançar os objetivos propostos e apenas um (6,25%) era teórico.

Na sequência, serão abordadas as quatro categorias de ações ou intervenções encontradas nos trabalhos, a saber: (a) Avaliar programa ou processo de Arteterapia; (b) Arteterapia nos cuidados paliativos; (c) Arteterapia como proposta secundária; (d) Uso das terapias pela arte no campo familiar oncológico.

(a) Avaliar programa ou processo de Arteterapia

Brando (2020) avaliou o processo arteterapêutico aplicado no relacionamento conjugal de mulheres mastectomizadas. Foi elaborado um workshop de Arteterapia – como projeto-piloto a ser implantado na instituição – em que foram convidados seus maridos ou companheiros. No início, os homens apresentaram certa resistência. Entretanto, participaram ativamente com suas esposas e apresentaram seus trabalhos ao grupo de maneira afetiva e emocional. As mulheres mostraram-se extremamente surpresas com essa reação masculina. Os participantes se expressaram por meio de imagens, de forma espontânea e autêntica e esta experiência amplia o autoconhecimento e possibilita o processo de restabelecimento afetivo entre o casal (A1).

De modo análogo, Kaimal *et al.* (2019) avaliaram o processo de Arteterapia desenvolvido com cuidadores familiares e profissionais de Oncologia por método misto. Nesse estudo, os pesquisadores compararam duas abordagens baseadas em artes breves para cuidadores profissionais e informais, sessões únicas e abertas de coloração ou de Arteterapia, com duração de 45 minutos cada intervenção. As avaliações incluíram autorrelatos sobre afeto, estresse, autoeficácia, ansiedade, esgotamento e atividades criativas, bem como de biomarcadores salivares antes e depois de cada intervenção. Como resultados, os participantes mostraram aumentos no afeto positivo, agência criativa e autoeficácia e diminuições no afeto negativo, ansiedade, estresse percebido e *burnout*. Os participantes expressaram prazer, relaxamento, valorização do tempo longe de fatores estressantes, solução criativa de problemas, senso de fluxo e percepção pessoal e existencial. Também encontraram um foco aprimorado em colorir e apreciaram o apoio e a liberdade de expressão na Arteterapia (A3).

Por meio de estudo de caso único, Reyna-Martínez, González-Romo, López (2019) objetivaram relatar a experiência da expressão e o manejo emocional pela Arteterapia, bem como o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento à condição que enfrenta uma mãe. Foi aplicado um

programa de intervenção em Arteterapia composto por quatro dimensões: diagnóstico, consciência-psicoeducação, jornada simbólica e encerramento que objetivou reconstruir eventos passados para identificar emoções e os estilos de enfrentamento diante de situações críticas da doença, promover a expressão e gestão emocional e a identificação de comportamentos e pensamentos negativos. As técnicas cognitivas foram utilizadas, em especial, por imagens guiadas na resolução de problemas, e na reestruturação cognitiva por meio de estratégias favoráveis de enfrentamento ao processo de câncer e integrar o processo de Arteterapia, com foco em colagem, pintura, desenho e modelagem. Os resultados mostram que, durante o processo de Arteterapia, um processo criativo foi favorecido, o que levou à reestruturação das experiências emocionais decorrentes do câncer infantil e ao desenvolvimento de estratégias funcionais de enfrentamento (A4).

Um estudo conduzido por Holland *et al.* (2018) que também avaliou um programa de pesquisa intitulado: *My Kite Will Fly* (MKWF) baseado em intervenções arteterapêuticas familiares. O Modelo de Dignidade e a abordagem Centrada na Criança foram dois fundamentos-chave do estudo nesse corte piloto. Foi realizado um levantamento quantitativo e métodos semiestruturados qualitativos foram empregados para coletar dados de famílias de pacientes em três fases distintas: diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Uma amostra intencional (n = 36 crianças) (24 meninas e 12 meninos com idade entre 3 e 12 anos) extraída de 19 famílias completaram as atividades estruturadas do livro de exercícios de Arteterapia. O pesquisador principal e um assistente educacional especialista realizaram análises temáticas cruzadas de todas as entrevistas e desenhos das crianças. Os resultados confirmam a importância da comunicação melhorada entre pais e filhos e das rotinas familiares estabilizadas após o programa proposto. Durante o tratamento, 66,6% dos pais relataram melhor compreensão do processo quimioterápico e melhor comunicação com os familiares mais jovens. Em cuidados paliativos, 97,3% das famílias relataram estabilização das rotinas familiares e melhora no enfrentamento da doença. Entrevistas de saída com seis crianças e pais sobreviventes (n=4) mostraram que o programa os preparou substancialmente para o luto parental (A7).

Por meio do estudo de Silva *et al.* (2018) que objetivou relatar a experiência de vivências de Arteterapia com grupo de pacientes com câncer e seus acompanhantes, foi possível perceber, por meio das falas dos participantes, o bem-estar promovido e a melhora na ansiedade. Trata-se de um Relato de Experiência sobre as sessões de Arteterapia realizadas durante quatro meses, com a participação de 30 pessoas entre pacientes e acompanhantes em cada sessão. Foram realizadas três sessões com duração de duas horas cada, com as seguintes etapas: apresentação da proposta de

atividade, leitura de texto, conto ou história para sensibilização, seguida de algumas perguntas que indicassem o entendimento; orientação para a realização da atividade; fechamento com a partilha da experiência. A utilização da Arteterapia durante as sessões trouxe benefícios aos pacientes e seus acompanhantes, segundo os relatos deles, incentivou a continuidade da utilização desse recurso como forma de contribuir com a humanização da assistência prestada pelo serviço (A8).

Labra González (2017) relatou uma intervenção arteterapêutica aberta com grupo de pacientes oncológicos e seus acompanhantes. Por meio de descrição das intervenções de Arteterapia, foram apresentados o processo de experimentação e a criação de um trabalho coletivo que oferecia um ambiente de escuta e de reflexões sobre a doença, a vida e o trabalho artístico-plástico como uma atividade que poderia ajudar na mudança de foco da doença para a criatividade durante a fase de espera. A intervenção arteterapêutica auxiliou os participantes a elaborarem um processo criativo, o que pôde facilitar a possibilidade de expressar não verbalmente os conflitos internos que os afligiram e no auxílio do enfrentamento da dor e do sofrimento que essa doença acarreta (A9).

A fim de relatar a experiência de atividades de Arteterapia com um grupo de pacientes e seus acompanhantes, D'Alencar *et al.* (2013) trabalharam com um relato de experiência realizado no setor de Oncologia de um hospital universitário durante seis meses. Participaram um total de 49 pessoas por meio de encontros grupais com atividades de arte e terapia que foram coordenados por acadêmicas de Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e orientados por professores enfermeiros e terapeutas especialistas em Arteterapia e massoterapia. As atividades de arte e terapia foram desenvolvidas semanalmente, com duração média de uma hora e foram divididas em três etapas: a primeira iniciava-se com a apresentação dos facilitadores e dos participantes; a segunda consistia na explicação e realização da arte e terapia proposta; e a terceira vislumbrou a avaliação, quando os membros relataram seus sentimentos diante das atividades. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um diário de campo informações relatadas pelos familiares. Trabalhou-se com as técnicas: pintura, recorte, desenho, colagem, visualização criativa, técnica do espelho, cromoterapia, argiloterapia, meditação e massoterapia. Conclui-se que as técnicas de Arteterapia proporcionaram autoconhecimento, resgate da autoestima e a sensação de bem-estar, por meio do relaxamento, além de promover felicidade e reduzir o estresse (A11).

(b) Arteterapia nos cuidados paliativos

Com foco no cuidado às famílias enlutadas, Lefèvre *et al.* (2020) avaliaram a influência da Arteterapia na redução dos sintomas paliativos, na disponibilidade social e na percepção estética dos pacientes

em cuidados paliativos hospitalizados e sobre a influência sobre suas famílias. Estudo misto quase-experimental, foram realizados pré e pós teste das intervenções de Arteterapia, por meio das escalas de Avaliação de Sintomas de Edmonton, que avaliou sintomas de dor, de ansiedade, de bem-estar, de fadiga e de depressão e de escalas visuais analógicas visuais de dez pontos para avaliar a disponibilidade social, a falta de desejos e vontades e as percepções estéticas baseadas no modelo *Beautiful-Well-Good*. Em relação às famílias enlutadas, a análise dos questionários familiares indicou os efeitos positivos em relação ao apoio, arte e sentimentos durante a doença e o luto. Sobre os pacientes, a Arteterapia reduziu significativamente os sintomas avaliados e o desconforto geral em 54,4% ($p < 0,001$, $d = 1,08$). Também diminuiu o sentimento de indisponibilidade social (-59%, $d = 0,67$) e a falta de desejos e vontades (-60%, $d = 0,86$) (A2).

Ainda sobre os cuidados paliativos, Jones e Browning (2009) buscaram descrever e comparar as contribuições da artepsicoterapia e da Psicologia clínica a serviço de pessoas com câncer e familiares. Trata-se de um Relato de Caso aplicado a pacientes com câncer e seus cuidadores que descreveu as contribuições desenvolvidas por um artepsicoterapeuta e um psicólogo clínico que trabalham juntos em um serviço de câncer e cuidados paliativos no País de Gales. Os autores verificaram que, inevitavelmente, mesmo dentro de um tipo específico de abordagem terapêutica, há variações devido à formação profissional e às habilidades de diferentes profissionais. As referências vêm das mesmas fontes e tendem a abordar os mesmos tipos de problemas e os processos de avaliação e formulação também são bastante semelhantes. As intervenções, no entanto, são marcadamente diferentes (A12).

(c) Arteterapia como proposta secundária ou teórica (compreender processo emocional ou interpessoal pela Arteterapia)

Ajamil (2018) avaliou a dinâmica familiar mediante um programa de Arteterapia. Pesquisa desenvolvida durante três anos do qual participaram 10 famílias e com os dados obtidos no trabalho de campo realizou-se uma análise qualitativa e inferir uma fundamentação teórica a este respeito (*Grounded Theory*). O autor constatou que o trabalho arteterapêutico ajudou os membros familiares a explorar maneiras alternativas de se relacionar, a adaptar seus papéis (*roles*) à realidade que estão vivendo e a utilizar a linguagem simbólica para expressar conceitos e emoções para os que habitualmente as palavras resultam insuficientes (A5).

Os pesquisadores Ajamil e Apellaniz (2018) ofereceram uma proposta teórica sobre os aspectos contratransferenciais e vinculativos do trabalho arteterapêutico e suas implicações na intervenção familiar a partir da experiência prática. Foram integrados dois paradigmas: a ligação triangular

arteterapêutica com uma perspectiva psicodinâmica e as relações familiares a partir dos fundamentos da terapia sistêmica. A proposta metodológica ajudou os familiares a explorarem novos sistemas de relacionamento e do processo criativo compartilhado, além de desenvolver sua expressão emocional ao utilizar a linguagem visual como meio de comunicação intrafamiliar (A6).

À beira do leito, Catlin, Ford e Maloney (2016) buscaram conhecer as necessidades das famílias dos pacientes por meio do processo de Arteterapia. A Arteterapia revelou o estresse do cuidado e ajudou a descobrir as necessidades não atendidas dos participantes, como a preocupação na pós alta. Estudo realizado em uma unidade de Oncologia de 28 leitos, em que se trabalhou com familiares à beira do leito. Foram perguntados aos membros da família quais eram suas necessidades em um processo de três etapas: entrevista aberta, uso da técnica de Arteterapia Desenhe uma Ponte e a pesquisa do Inventário Familiar de Necessidades. Utilizou-se o método de entrevista do inquérito de *Naturalistic*, no qual se incluíram determinar um foco de investigação, criar uma pergunta de pesquisa aberta, encontrar e focalizar a amostra apropriada, entrevistar no ambiente natural, codificar de forma contínua cada entrevista, refinar continuamente a pergunta conforme os pontos emergem dos dados coletados. Aspectos que deram confiabilidade dos dados, saturação e encerramento adequado da coleta de dados. Neste método, a entrevista simultânea e a respectiva codificação continuam até que ocorra o ponto de saturação dos dados e “a história” seja ouvida. Os familiares foram entrevistados em ambiente hospitalar e cada entrevista teve uma duração de, aproximadamente, uma hora. As entrevistas foram extremamente abertas e se iniciaram a partir de uma pergunta única: “Quais são as suas necessidades enquanto você se senta ao lado da cama de seu ente querido?” Dezenove entrevistas revelaram necessidades de conforto físico, apoio emocional, sensibilidade cultural, reconhecimento da ajuda fornecida por familiares e melhor gestão da dor. Isso permitiu o planejamento e a oferta de modalidades para auxiliar os familiares nas suas necessidades (A10).

Massimo, Wiley e Caprino (2008), em seu artigo, discutiram o fenômeno da “emigração da saúde”, ou seja, quando uma família busca o exterior na esperança de encontrar o tratamento médico oncológico mais avançado possível para seu filho doente por meio da Arteterapia. Foram incluídas no artigo as descrições da experiência de três Estudos de Casos de crianças e suas famílias. A inclusão da Arteterapia facilitou a comunicação, especialmente para crianças que tinham outros idiomas e culturas. Essa abordagem pode ajudar a equipe médica a compreender melhor as ansiedades e os sentimentos da criança e dos pais (A13).

(d) Uso das terapias pela arte no campo familiar oncológico

Walsh *et al.* (2007) testaram os efeitos de uma aula de arte (AMC) na redução da ansiedade e do estresse entre cuidadores familiares de pacientes com câncer. A ansiedade foi significativamente reduzida após AMC. Tratou-se de um Ensaio clínico, pesquisa quase experimental de pré e pós-teste, aplicado a cuidadores familiares de pacientes com câncer adultos de uma unidade residencial de saúde de cuidados para familiares dos pacientes nos Estados Unidos. Os participantes responderam a um levantamento de dados demográficos, um Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e os pesquisadores também coletaram uma amostra de saliva de cada participante para medir o cortisol salivar, que indica os níveis de estresse. Após o pré-teste, um AMC de duas horas foi entregue. Os resultados indicaram que a ansiedade foi reduzida significativamente após o AMC, de uma pontuação média de 7,28 (DP=6,80) no pré teste para uma média de 2,49 (SD=4,50) no pós-teste ($t [68]=7,89, p<0,01$). O estresse também reduziu após o AMC, de um nível médio de cortisol de 0,089 (SD=0,05) no pré-teste para 0,087 no pós teste (DP=0,06), embora o teste t pareado não tenha mostrado uma redução significativa no estresse a mudança não tenha sido significativa (A14).

De forma similar, outro Ensaio Clínico, pesquisa quase experimental de pré-pós-teste, os autores Walsh, Martin e Schmidt (2004) testaram a eficácia de uma intervenção em artes criativas (CAI) com cuidadores familiares de pacientes com câncer à beira do leito sobre as variáveis estresse, ansiedade e emoções durante um período de seis meses. Como instrumentos de avaliação, foram utilizados os dados demográficos, o Mini Perfil dos Estados de Humor (Mini-POMS), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Equilíbrio Derogatis Affects Balance (DABS). Para a variável de estresse, foi constatada uma redução significativa entre o pré-CAI pontuações ($M=13,27, SD=6,00$) e pontuações pós-CAI ($M=9,85, SD=5,84$), ($t(40)=-3,42, p=.001$). As pontuações indicam um tamanho de efeito grande ($d=0,44$) com base nos critérios de Cohen. De igual maneira, a ansiedade diminuiu em uma quantidade estatisticamente significativa ($f(40)=-5,00, p<0,001$). A pré-intervenção nível de ansiedade foi de 32,8 (DP=9,38), e a pós-intervenção o nível de ansiedade atingiu 27,8 (SD=7,74). Os familiares participantes indicaram aumento significativo das emoções positivas após o CAI pelo DABS, passaram de uma pontuação média ($M=139,55, DP=19,09$) no pré teste para ($M=151,42, SD=24,05$) no pós teste, o que indicou um grande efeito para todas as variáveis conforme os critérios de Cohen ($f(46)=11,87, p<0,001$). Dessa forma, o CAI promoveu bem-estar de curto prazo nessa amostra de cuidadores familiares. Os cuidadores também aumentaram a comunicação positiva com pacientes com câncer e profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que expressavam alegria por suas peças de arte feitas à mão (A15).

Durante o tratamento em um centro de câncer abrangente, os autores Walsh e Weiss (2003) descreveram a implementação e avaliação preliminar de uma intervenção artística com pacientes portadores de câncer e seus cuidadores familiares. Uma intervenção "Infusão de arte" foi desenvolvida e oferecida aos cuidadores familiares e pacientes com câncer. O treinamento de intervencionistas, tempo e entrega da intervenção, bem como a disponibilidade de opções de atividades artísticas foram fatores-chave para o sucesso da intervenção. Atividades de infusão de arte não foram consideradas uma forma de Arteterapia, mas, sim, um pacote de atividades criativas de arte projetadas para promover uma experiência criativa, distrair cuidadores e pacientes, promover o foco em algo positivo e aumentar comunicação entre cuidadores familiares e pacientes. Os participantes das intervenções artísticas aprimoraram e ampliaram o escopo do cuidado para cuidadores familiares e pacientes com câncer. E os enfermeiros estão em posições-chave para estabelecer, supervisionar e promover tais intervenções (A16).

A maioria dos trabalhos avaliou um programa ou processo de Arteterapia (A1, A3, A4, A7, A8, A9, A11) e parte avaliou programas de Terapia pela arte (A14, A15, A16). A Arteterapia nos cuidados paliativos (A2, A12) e como cuidado secundário (A5, A6, A10, A13) também tiveram destaque nessa revisão. Os principais benefícios apontados pelos estudos mostraram aumentos no afeto/emoções positivo (A3, A15), no estímulo à criatividade (A1, A3, A4, A6, A9, A13), ao autoconhecimento (A1, A11), à autoeficácia (A3), no resgate da autoestima (A11), na reestruturação das experiências emocionais (A4), na melhoria das estratégias de enfrentamento (A4, A9), da comunicação familiar (A7, A13, A15, A16), na adaptação às rotinas e à realidade (A5, A7), no relacionamento familiar (A5, A6), na compreensão do tratamento (A7), na preparação para o luto (A7), facilitou a expressão dos conflitos internos (A1, A9), da expressão emocional (A5, A6, A10, A13), no apoio durante doença e o luto (A2). Parte dos estudos abordou que as intervenções de Arteterapia trouxeram maior relaxamento (A3, A11). Também foi indicada diminuição do afeto negativo (A3), da ansiedade (A3, A8, A14, A15) e do estresse (A3, A11, A14, A15). Aspectos esses que geram melhor sensação de bem-estar geral (A3, A8, A11, A15, A16) e contribuem para a humanização da assistência (A8).

Já foram descritas na literatura intervenções de Arteterapia focais individuais e grupais no enfrentamento do câncer, com foco restrito aos pacientes com câncer, mas a sua ampliação para o contexto familiar ainda precisa ser mais bem explorada. Os benefícios indicados nessa pesquisa corroboram com o resultado encontrado no estudo de revisão de Raybin *et al.* (2019) aplicado a crianças com câncer. O estudo apontou que quatro temas emergiram por meio da análise: a conexão

é estabelecida por meio da expressão criativa, o enfrentamento é facilitado pelas artes criativas, a comunicação é possibilitada por intervenções artísticas criativas, e a continuidade (o conceito do tempo) é experimentada por intermédio de artes criativas. Acrescentam Koom *et al.* (2016) que o trabalho de Arteterapia com crianças com câncer levou ao aumento da autoestima, aumentando a autorrealização e formando relações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo confirma a escassez de estudos sobre as intervenções de arte e terapia aplicadas aos familiares de pessoas com câncer em face do reduzido número de artigos encontrados pertinentes ao tema específico dessa revisão. Mesmo que serviços tenham sido ofertados a essa população-alvo, nota-se insuficiente sistematização científica de intervenção de arte e terapia na contribuição para o aprofundamento dessas práticas de cuidado no campo da Oncologia. Ainda que existam poucas pesquisas, os estudos levantados nessa revisão possibilitaram delinear um panorama de atividades e de métodos que têm sido desenvolvidos em âmbito mundial com diferentes países, culturas e contexto, o que oferece indícios valiosos sobre o impacto da arte e terapia no contexto da Oncologia familiar.

Com este estudo, foi possível analisar as evidências científicas acerca da arte e terapia aplicadas a grupo de familiares de crianças com câncer, trabalhos tanto de Terapia pela arte, quanto de Arteterapia, que frequentemente se mesclam no processo terapêutico. Entretanto, é importante que os artigos indiquem se foram, de fato desenvolvidos por um profissional da Arteterapia ou outros.

Tendo em vista que o câncer é uma enfermidade grave, crônica e complexa e que acarreta alterações significativas na vida do paciente e de seus familiares, como repercussões físicas e emocionais, aspectos que, frequentemente, não são abordados ou enfatizados nos cuidados em saúde, salienta-se a importância de se levar a arte e terapia para este contexto e ajudar a controlar aspectos negativos, como medo, ansiedade e estresse, bem como estimular aspectos positivos, como a busca por novas estratégias de enfrentamento mais criativas e lúdicas, que podem auxiliar na qualidade de vida no bem-estar das famílias. Destaca-se a preocupação com a qualificação dos profissionais de saúde para lidar com a complexidade das questões do câncer familiar por meio da arte, de modo a se capacitarem para ajudarem às famílias a lidar com uma doença crônica, grave e na elaboração do luto e nos cuidados paliativos.

Nesse sentido, sugerem-se que novos estudos possam ser realizados e publicados. Como limitação do estudo, além do número de reduzido de trabalhos, não se discutiu a qualidade e os níveis de evidência, o que se sugere que em novos estudos sejam avaliados e expostos esse avaliador.

REFERÊNCIAS

AJAMIL, E. G. Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología*. v.15, p.133-51, 2018. Doi: 10.5209/PSIC.59183

AJAMIL, E. G.; APELLANIZ, I. O. A. M. Propuesta de un modelo teórico de intervención en arteterapia familiar. *Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*. v.13, p.137-53, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.5209/ARTE.59763>

BRANDO, M. C. M. M. S. Um novo amanhecer através da arteterapia... Resgatando relacionamentos, após a mastectomia. *Latin American Journal of Development*. v.2, n.5, p.186-9, 2020. Doi: 10.46814/lajdv2n5-006.

CATLIN, A.; FORD, M.; MALONEY, C. Determining family needs on an oncology hospital unit using Interview, art, and survey. *Clin Nurs Res*. v.25, n.2, p.209-31, 2016. Doi: 10.1177/1054773815578806.

COPETTI, L. C. et al. Caring ability of family caregivers of patients on câncer treatment: associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem*. v.26, p.e3048, 2018. Doi: 10.1590/1518-8345.2824.3048

COSTA, M. A. D. J. et al. Experiências de mães de crianças com câncer em cuidados paliativos. *Rev enferm UFPE on line*. v.12, n.5, p.1355-64, 2018.

D'ALENCAR, E. R. et al. Arteterapia no enfrentamento do câncer. *RENE*. v.14, n.6, p.1241-8, 2013.

HOPIA, H.; LAVATA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand J Caring Sci*. [Internet]. v.30, n.4, p.662-9, 2016. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27074869>

HOLLAND, C. et al. My Kite will fly: improving communication and understanding in young children when a mother is diagnosed with life-threatening gynecological câncer. *J Palliat Med*. v.21, n.1, p.78-84, 2018. Doi: 10.1089/jpm.2017.0058.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017a.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2017b.

JBÍ - Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute. Available from:

<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

JONES, G.; BROWNING, M. Supporting cancer patients and their carers: the contribution of art therapy and clinical psychology. *Int J Palliat Nurs*. v.15, n.11, p.562-6, 2009. Doi: 10.12968/ijpn.2009.15.11.45496.

KAIMAL, G. et al. Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: a mixed methods pilot study. *Eur J Oncol Nurs*. v.42, p.153-61, 2019. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388919301152>

KATZ, L. F. et al. Trajectories of child and caregiver psychological adjustment in families of children with cancer. *Health Psychology*. v.37, n.8, p.725–35, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1037/hea0000619>

KOOM, W. S. et al. Art therapy using famous painting appreciation maintains fatigue levels during radiotherapy in cancer patients. *Radiat Oncol J*. v.34, n.2, p.135–44, 2016.

LABRA GONZÁLEZ, P. Taller de creatividad con enfoque terapéutico: una experiencia de arte terapia con grupo abierto en sala de espera de quimioterapia. 2017. 83 p. Monografía (Especialização em Arteterapia). Facultad de Artes, Universidad de Chile, Santiago-Chile.

LEFÈVRE, C. et al. Art therapy and social function in palliative care patients: a mixed-method pilot study. *BMJ Supportive & Palliative*. v.0, p.1-8, 2020. Doi: [10.1136/bmjspcare-2019-001974](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001974).

MASSIMO, L. M.; WILEY, T. J.; CAPRINO, D. Health emigration: a challenge in paediatric oncology. *J Child Health Care*. v.12, n.2, p.106-15, 2008. Available from: <https://doi.org/10.1177/1367493508088547>

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*. v.22, n.4, p.434-8, 2009.

RAYBIN, J. L. et al. How does Creative Arts Therapy reduce distress for children with cancer? A metasynthesis of extant qualitative literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. v.37, n.7, p.104345421988880, 2019. Doi: [10.1177/1043454219888807](https://doi.org/10.1177/1043454219888807)

REYNA-MARTÍNEZ, M., GONZÁLEZ-ROMO, R. A., LÓPEZ, J. A. Estudio de caso: atención arteterapéutica a cuidadora primaria, madre de un hijo con leucemia para favorecer su expresión emocional y afrontamiento en Arteterapia. *Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*. v.14, p.131-46, 2019.

SCHARDONG, F.; CARDOSO, N. O.; MAZONI, C. G. Estratégias de enfrentamento e a ansiedade dos pais de crianças com câncer - uma revisão integrativa. *Rev. SBPH*. v.20, n.1, p.32-54, 2017.

SHAMSEER, L. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. [Internet]. v.349, 25p., 2015. Available from: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g7647> Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>

SILVA, M. E. B. et al. Práticas Integrativas e Vivências em Arteterapia no Atendimento a Pacientes Oncológicos em Hospital Terciário. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. v.3, n.1, p.721-31, 2018.

SOUSA, C. S. et al. Arteterapia e o público infantojuvenil: a autoimagem representada por crianças e adolescentes com doença crônica. *Rev. Arteterapia AATESP*. v.10, n.1, p.5-30, 2019.

VALLADARES-TORRES, A. C. A.; RIBEIRO, V. R. Arteterapia como mediadora lúdica no contexto do câncer ou de doenças crônicas infantojuvenis. *Rev Científica Arteterapia Cores da Vida*. v.27, n.2, p.5-12, 2020. Disponível em: <https://www.abcaarteterapia.com/revista-cores-da-vida>

WALSH, S. M.; MARTIN, S. C.; SCHMIDT, L. A. Testing the efficacy of a creative-arts intervention with family caregivers of patients with câncer. J Nurs Scholarsh. v.36, n.3, p.214-9, 2004. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04040.x.

WALSH, S. M.; WEISS, S. Art intervention with family caregivers and patients with câncer. Oncol Nurs Forum. v.30, n.6, p.E115-20, 2003. Doi: 10.1188/03.ONF.E115-E120.

WALSH, S. M. et al. A pilot study to test the effects of art-making classes for family caregivers of patients with câncer. Oncol Nurs Forum. v.34, n.1, p.38, 2007. Doi: 10.1188/07.ONF.E9-E16.

Capítulo 2

10.37423/210904704

PARTICIPAÇÃO ATIVA NO PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR: PERCEPÇÃO DE DEPENDENTES DE DROGAS

Alessandra Souza de Carvalho do Vale

Universidade de Brasília

Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres

Universidade de Brasília

Resumo

Objetivos: Identificar os fatores relacionados à participação ativa ou não de usuários de álcool e outras drogas no Plano Terapêutico proposto pelo Centro de Atenção Psicossocial, segundo a percepção dos usuários dependentes de drogas, bem como traçar o perfil sociodemográfico, clínico e psiquiátrico dos participantes, incluindo sinais de ansiedade, depressão e sua qualidade de vida. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e comparativo, com delineamento de abordagem mista. O estudo foi realizado em um CAPS-ad com trinta e dois usuários do serviço. Essa amostra foi dividida em dois grupos de dezesseis usuários cada, sendo o Grupo de Aderidos (GA) aqueles que frequentavam regularmente o serviço pela participação ativa no Plano Terapêutico Individual e o Grupo dos Não Aderidos (GN) daquele que não tinham uma participação ativa. No início foram levantados os dados sociodemográficos, clínicos e psiquiátricos dos participantes, depois foram aplicados três instrumentos: Inventários de Depressão (BDI) e de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida na versão abreviada (WHOQOL-BREF). **Resultados:** Para ambos os grupos, predominou o sexo masculino, idade média acima de 40 anos, desempregados, vivendo com familiares, tinham uma religião, alcoolistas, de demanda espontânea, apresentando vulnerabilidades clínicas e psiquiátricas. No GN prevaleceram pessoas com menos companhia afetiva, número maior de filhos, escolaridade mais baixa, maior número de autodeclarados negros, com menor tempo de acompanhamento no serviço e vínculo no acolhimento integral, média dos escores da ansiedade foram mais altas e dos quatro domínios de Qualidade de Vida e de depressão mais baixos em relação ao GA. **Conclusão:** Conhecer os fatores que auxiliam na adesão dos usuários no tratamento, na percepção deles, possibilita melhorar o serviço e, assim, torná-lo mais eficaz e melhorar o sucesso na adesão ao Plano Terapêutico Singular.

Palavras-chave: Centros de Tratamento de Abuso de Substância; Assistência em Saúde Mental; Distúrbios relacionados a substâncias; Enfermagem Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2005, cerca de 22,8% da população brasileira já fizeram uso de drogas (excetua-se álcool e tabaco), enquanto 12,3% são dependentes de álcool (SNPD, 2017a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estes prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Os Centros de Atenção Psicossocial-álcool e outras drogas (CAPS-ad) são serviços substitutivos de tratamento e reabilitação de dependentes de drogas e seus familiares (Brasil, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-ad) III é um serviço especializado, que conta com uma equipe multiprofissional para prestar assistência ao usuário, portanto, saber os fatores que auxiliam na adesão deste usuário ao tratamento, tornaria o serviço mais eficaz, aumentando a taxa de sucesso no tratamento (Brasil, 2011).

A dependência de drogas é um tema amplo e complexo, assim como a amplitude dos prejuízos provocados pelo transtorno e tentar compreender esse fenômeno para auxiliar na adesão dos usuários ao serviço de saúde mental é um tema relevante na atualidade. Existe uma grande evasão ou abandono de usuários no tratamento de dependentes de drogas (Fernandes, 2017). A adesão do dependente de drogas ainda consiste em um grande desafio para os profissionais da saúde e usuários (Salles; Silva, 2017).

Desta forma, conhecer os fatores e motivos que levam ao abandono ou a não adesão dos usuários ao serviço, torna-se imprescindível para o gerenciamento desse transtorno, pois a adesão favorece o sucesso da terapêutica proposta, a minimização dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a redução de possíveis doenças e agravos, a motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social (Ferreira et al., 2015; Oliveira et al., 2019).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores relacionados à participação ativa de usuários de álcool e outras drogas no Plano Terapêutico proposto pelo Centro de Atenção Psicossocial, segundo a percepção dos usuários dependentes de drogas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil sociodemográfico, clínico e psiquiátrico de forma comparativa, entre o grupo que participa ou não ao Plano Terapêutico proposto pelo serviço;
- b) Investigar a prevalência de sintomas depressivos de forma comparativa, entre o grupo que participa ou não ao Plano Terapêutico proposto pelo serviço;
- c) Averiguar a prevalência de sintomas ansiosos de forma comparativa, entre o grupo que participa ou não ao Plano Terapêutico proposto pelo serviço;
- d) Avaliar a percepção da Qualidade de Vida de forma comparativa, entre o grupo que participa ou não ao Plano Terapêutico proposto pelo serviço;
- e) Descrever a percepção dos usuários dependentes de drogas sobre os fatores positivos e negativos do serviço, de forma comparativa, entre o grupo que participa ou não ao Plano Terapêutico proposto pelo serviço.

MÉTODO

CUIDADOS ÉTICOS

Foram obedecidos todos os preceitos éticos e legais por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos e se obteve a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sob o CAAE nº 44625915400005553. A solicitação de participação no estudo foi acompanhada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para assegurar o anonimato dos participantes, eles foram identificados na redação pelas letras GA - para o grupo de participantes ativos e GN - para o grupo dos não participantes, acompanhados do número correspondente à ordem crescente alfabética (de GA e/ou GN1-16).

DESENHO, LOCAL DO ESTUDO E PERÍODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e comparativo, com delineamento de abordagem mista. Para operacionalizar esse estudo, juntaram-se os números e cálculos matemáticos da pesquisa quantitativa para responder o perfil dos participantes com a análise de conteúdo da pesquisa qualitativa, para analisar as respostas sobre os fatores positivos e negativos do serviço (Minayo, 2014).

O estudo foi realizado em um CAPS-ad III de uma região administrativa do Distrito Federal, que atende usuários maiores de 16 anos e oferecem as modalidades de tratamento: acolhimento integral com nove vagas, modalidade de Hospital-Dia, grupos terapêuticos, atendimentos individualizados e especializados. O CAPS-ad III atende cidades ou regiões com no mínimo 150 mil habitantes, tem funcionamento de 24h e atende usuários e seus familiares que desejam fazer o tratamento voluntariamente. O CAPS-ad III também recebe usuários encaminhados por ordem expressa em mandato judicial, em cumprimento de medidas socioeducativas de liberdade assistida e de prestação de serviços à comunidade, desde que seja admitido de forma voluntária no serviço.

O estudo foi desenvolvido no período de março a agosto de 2019 em sala disponibilizada pelo serviço.

AMOSTRA DO ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foi avaliado um total de trinta e dois usuários do serviço, de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 18 anos e com registro de admissão no serviço de período ilimitado, também, que aceitaram participar da pesquisa e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Essa amostra foi dividida em dois grupos de dezesseis usuários cada, sendo o Grupo de Aderidos (GA) aqueles que frequentavam regularmente o serviço pela participação ativa no Plano Terapêutico Individual (PTI) instituído pelo serviço. Entretanto, o Grupo dos Não Aderidos (GN) foi composto por usuários que não participavam ativamente ou não frequentavam regularmente as atividades propostas pelo CAPS-ad.

Foram excluídos da pesquisa, para ambos os grupos, usuários que não tiveram condições físicas e/ou psiquiátricas de responder aos questionários da mesma.

PROTOCOLO DO ESTUDO

A coleta de dados ocorreu mediante um encontro único e individual com duração aproximada de duas horas cada, sendo sempre assegurada a privacidade do participante, respeitado o tempo para responder aos instrumentos e levado em consideração a necessidade de interrupção devido às rotinas

do serviço. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória e integraram de maneira anônima e voluntária no estudo, após serem informados dos objetivos e forma de participação, sendo respeitados os procedimentos éticos vigentes.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No início foram levantados os dados sociodemográficos, clínicos e psiquiátricos dos participantes por meio de entrevista e busca ativa nos prontuários. O questionário continha os dados, a saber: idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, grupo étnico, com quem reside, trabalho, religião, vulnerabilidade social (violência sofrida), tentativa e/ou ideação suicida, comorbidade física ou psiquiátrica, droga de dependência, forma de encaminhamento ao serviço, tempo de acompanhamento e tipo de vínculo com o serviço (CAPS-ad). Sobre essas respostas foram realizadas análise descritivas simples e calculado a média percentual (porcentagem) e apresentadas descritas em Quadros. Foram agregados ao trabalho a fim de expor o perfil dos usuários que aderiram e dos que não aderiram ao tratamento no CAPS-ad de forma comparativa.

Posteriormente, foram realizados com os participantes os instrumentos, a saber:

- Inventário de Depressão de Beck (BDI) - escala com 21 questões, que avaliou a intensidade de sinais de depressão. Para o BDI os escores de 0-9 significam que a pessoa não está deprimida, de 10-18 indica que o indivíduo tem depressão leve, de 19-29 denota depressão moderada e já de 30-63 sinaliza depressão severa (Beck; Ward; Mendelson, 1961; Gorenstein; Andrade, 1998; Cunha, 2001).
- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) - escala com 21 questões, que avaliou os sintomas de ansiedade. Na pontuação do BAI, um escore total de 0-7 designa que a pessoa não tem ansiedade ou tem grau mínimo, um escore de 8-15 aponta uma ansiedade leve, de 16-25 notifica uma ansiedade moderada e, finalmente, um escore de 25-63 manifesta uma ansiedade severa no indivíduo (Beck; Steer; Brown, 1985).
- Escala de Avaliação de Qualidade de Vida na versão abreviada (WHOQOL-BREF) - escala com 26 questões, que averigou a percepção individual sobre a Qualidade de Vida nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000).

As três escalas eram autoaplicáveis com respostas tipo *likert*. As respostas das escalas de BDI, do BAI e do WHOQOL-BREF foram apresentadas por meio de Gráficos. Fez-se uma media total dos escores dos participantes de cada grupo e foram expostos de forma comparativa entre os dois grupos (GA e GN).

E, finalmente, foi realizada uma pergunta sobre os pontos positivos e negativos do CAPS-ad. Cujos dados verbais foram submetidos sob a ótica de análise de conteúdo qualitativo. Após exploração do material e tratamento dos resultados, as respostas foram agrupadas por temas similares e relevantes de maneira comparativa entre os dois grupos (GA e GN).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS (PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO)

Os resultados das variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo obtidas nas entrevistas foram evidenciados no Quadro 1. Para ambos os grupos, predominou o sexo masculino com mais do que 81% do total de participantes de cada grupo. A faixa etária dos participantes variou de 26 a 60 anos, sendo que, do total de participantes do GA (n=16) prevaleceu a média de 44,8 anos, já a média de idade do GN (n=16) predominante foi de 41,7 anos.

Houve diferenças entre o estado civil dos participantes do GA em relação ao GN. Sete dos participantes (43,75%) do GA estavam casados e/ou amasiados, enquanto que quatro (25%) do GN. Cinco participantes (31,25%) do GN eram separados, sendo somente dois (12,5%) no GA. Identificou-se que quinze participantes (93,75%) do GA possuíam até dois filhos, ainda assim no GN seis participantes (37,5%) tinham mais do que três filhos. Não houve diferença entre os dois grupos quanto ao arranjo familiar, sendo que a maioria (mais de 81%) vivia com suas famílias.

Quanto ao grau de escolaridade, o GA atingiu escores mais altos do que o GN. Catorze participantes (87,5%) do GN não finalizaram o Ensino Médio e nenhum logrou até o Ensino Superior. Entretanto, no GA, nove participantes (56,25%) conseguiram concluir o Ensino Médio e/ou Superior. Predominaram entre os dois grupos, pessoas que não estavam desenvolvendo atividade laboral formalizada, no momento da entrevista.

Pelos dados foi possível evidenciar que o grupo étnico autorreferido que prevaleceu foi de pardos para ambos os grupos, sem embargo, os dois únicos participantes brancos estavam no grupo do GA e no GN tinha um número maior de autodeclarados negros (6) do que o GA (2). Mais do que 81% dos participantes, de ambos os grupos, alegaram ter alguma religião, sendo que, aproximadamente metade dessas, relatou ser praticantes.

Quadro 1. Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021. (N=32)

Variáveis	GA (Aderidos) N=16		GN (Não Aderidos) N=16	
	Total (n)	Porcentagem (%)	Total (n)	Porcentagem (%)
Sexo				
Masculino	14	87,5%	13	81,25%
Feminino	02	12,5%	03	18,75%
Idade				
18-24	0	0%	0	0%
25-40	06	37,5%	07	43,75%
> 40	10	62,5%	09	56,25%
Estado Civil				
Casado/ Amasiado	07	43,75%	04	25%
Separado	02	12,5%	05	31,25%
Solteiro	07	43,75%	07	43,75%
Filho(a)				
0	03	18,75%	01	6,25%
1 a 2	12	75%	09	56,25%
3 a 5	01	6,25%	03	18,75%
> 5	0	0%	03	18,75%
Vive				
Sozinho	02	12,5%	03	18,75%
Família	14	87,5%	13	81,25%
Grau de Escolaridade				
Analfabeto	0	0%	01	6,25%
Básico	04	25%	05	31,25%
Fundamental	03	18,75%	08	50%
Ensino Médio	07	43,75%	02	12,5%
Ensino Superior	02	12,5%	0	0%
Vínculo Empregatício				
Empregado	03	18,75%	02	12,5%
Desempregado/Afastado	13	81,25%	14	87,5%
Auxílio INSS	04	25%	05	31,25%
Grupo Ético autodeclarado				
Branco	02	12,5%	0	0%
Pardo	12	75%	10	62,5%
Negro	02	12,5%	06	37,5%
Religião				
Sim	13	81,25%	14	87,5%
Praticante	09	56,25%	08	50%
Não	03	18,75%	02	12,5%

Fonte: Dados do estudo

O perfil sociodemográfico dos participantes do estudo assemelha-se aos perfis encontrados nos demais serviços substitutivos de atenção a usuários de álcool e drogas do Brasil: homens, sem acompanhante afetivo, com filhos, baixa escolaridade, desempregados, com alguma religião, recebem apoio da família (Santos; Carvalho; Miranda, 2014).

O sexo masculino está sempre em maior número, uma vez que fazem mais uso e têm mais problemas relacionados a substâncias psicoativas. Observa-se que a mulher procura mais os serviços de saúde de maneira geral, no entanto, sua busca é menor para o tratamento relacionado às substâncias psicoativas. Isto pode estar relacionado ao preconceito existente na sociedade, que atribui à mulher o papel de submissa, não lhe permitindo transgredir os valores socialmente prevalentes (Silva et al., 2017).

Os resultados do levantamento domiciliar indicam também o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces, o que sugere a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (SNPD, 2017a). Segundo Oliveira et al. (2017), usualmente o início do consumo de substâncias psicoativas ocorre de modo precoce, ainda na adolescência. No entanto, a procura por tratamento acontece apenas na fase adulta, momento em que o indivíduo apresenta intensos impactos na sua saúde física e mental em decorrência do consumo dessas substâncias por um longo período de tempo. A média de idade do início de consumo de drogas do GA foi menor que o GN, o que sugere que haja uma maior adesão no plano terapêutico do CAPS, pois o GA, como tem período maior de dependência, já passou por mais perdas (família, trabalho, vida social).

Os usuários são solteiros, em sua maioria, o que é evidenciado pela literatura como uma condição comum na medida em que ao se tornar dependente de drogas, o indivíduo passa a ter o consumo como ação prioritária em sua vida, dessa forma, a constituição de uma família pode ser secundária. Outro fator de relevância é a família, pois esta pode significar um fator de risco ou de proteção, logo é importante identificar o contexto familiar. Por exemplo, o convívio com os pais, pode possibilitar algumas atitudes permissivas como o consumo precoce do álcool, o que é considerado fator de risco para o desenvolvimento da dependência de drogas, em contrapartida, a convivência familiar pode possibilitar a formação de resiliência diante de condições adversas, o que é um fator de proteção para o usuário (Silva et al., 2017). Ao verificar maior número de pessoas sem companhia afetiva (solteiros e separados) no GN, pode-se supor que a falta de vínculo afetivo interfere na adesão ao tratamento, seja pela dificuldade de se vincular a alguém ou ao Plano Terapêutico, ou, ainda, pela falta de existir

uma cobrança por parte do(a) companheiro(a) para a cessação com a dependência de drogas para se manter unidos.

Considera-se que um número maior de filhos é um fator de vulnerabilidade para pessoas adictas, pois ao não conseguir cumprir com o papel de provedor da família, em seus vários aspectos, como afetivos, físicos, da rotina da casa e financeiro, a situação da dinâmica familiar se torna mais desarmônica (Soccol et al., 2013). O que pode dificultar a participação mais ativa no CAPSad, como demonstrado pelos dados apresentados, em que se observa um número maior de filhos de GN em relação ao GA.

De acordo com Oliveira et al. (2017), a literatura evidencia que o abandono escolar pode estar relacionado à dificuldade de aprendizagem decorrente do próprio consumo de substâncias psicoativas que vem ocorrendo cada vez mais precocemente. Isso porque essas substâncias atuam prioritariamente no Sistema Nervoso Central, incitando efeitos nocivos na cognição dos usuários, principalmente nos aspectos relacionados à atenção, à memória e à responsabilidade.

Já para Danieli et al. (2017), dados da literatura sugerem que a baixa escolaridade não é apenas consequência do uso de drogas, mas também um dos fatores de risco, visto que a menor escolaridade resulta em maior dificuldade para a inserção no mercado de trabalho, acarretando marginalização e envolvimento mais frequente com substâncias psicoativas. Fato que justifica em parte a dificuldade das pessoas com mais baixa escolaridade em aderir ao Plano Terapêutico Singular, pois, como já foi exposto, as drogas psicoativas trazem danos associados à atenção, à memória e à responsabilidade no sujeito.

Neste estudo ambos os grupos possuem uma alta taxa de usuários desempregados no GA 81,25% e GN 87,5%. A menor escolaridade e os níveis mais baixos de renda são fatores de risco para a dependência de drogas (Danieli et al., 2017). Para *Silva et al. (2017)*, na perspectiva do trabalho, a reabilitação psicossocial torna-se alternativa interessante, pois seu processo facilita a reestruturação da autonomia do usuário na comunidade, por meio da realização de atividades produtivas, como projetos de geração de renda em cooperativas sociais ou oficinas terapêuticas.

Um estudo de revisão da literatura científica sobre a inclusão do quesito raça/cor nessa produção no perfil dos usuários atendidos em CAPSad, constatou uma maior proporção de negros em tratamento do que na população em geral, e evidenciou-se que o uso da variável raça/cor é um importante marcador de cunho social, embora seja pouco explorado nas pesquisas (Silva et al., 2017).

Estudos demonstram que ter uma religião é uma das estratégias de enfrentamento e favorece a recuperação, sendo um fator de proteção, pois substitui a vida centrada nas drogas, além de vincular o indivíduo a uma comunidade em que o uso de drogas não é aceito (Almeida; Luis, 2017; Tibiriçá; Luchini; Almeida, 2019). Aspecto que não foi discrepante entre os dois grupos.

O tipo de dependência, demanda e o vínculo com o serviço dos participantes da pesquisa estão apresentadas no Quadro 2. A droga de dependência prevalente entre os dois grupos foi o álcool acompanhados de outras substâncias psicoativas (cocaína/*crack* e *cannabis*) em 93,75% dos usuários pesquisados. Prevaleram participantes de demanda espontânea (93,75%) entre os dois grupos (GA e GN). Em relação ao tempo de acompanhamento no serviço, a maioria (81,25%) dos participantes do GA tinha tempo maior do que um ano, diferentemente os do GN, que a maioria (68,75%) tinha até um mês. A maioria dos participantes do GA (81,25%) participava das Oficinas Terapêuticas, enquanto que onze usuários (68,75%) do GN estavam no acolhimento integral.

A média de idade do início do consumo de drogas para o GA foi de 14,56 anos, enquanto que do GN foi de 17,25 anos.

Quadro 2. Características da doença, demanda, tempo e vínculo dos participantes com o serviço especializado, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021. (N=32)

Variáveis	GA (Aderidos) N=16		GN (Não Aderidos) N=16	
	Total (n)	Porcentagem (%)	Total (n)	Porcentagem (%)
Droga de Dependência				
Álcool	04	18,75%	07	37,5%
Álcool e outras drogas	15	93,75%	15	93,75%
Cocaína	01	6,25%	0	0%
Cocaína/ <i>crack</i> e outras drogas	08	50%	06	37,5%
<i>Cannabis</i> e outras drogas	07	43,75%	05	31,25%
Demanda				
Espontânea	15	93,75%	15	93,75%
Judicial	01	6,25%	01	6,25%
Tempo de acompanhamento no serviço				
Até 1 mês	01	6,25%	11	68,75%
De 2 m a 1 ano	02	12,5%	04	25%
> 1 ano	13	81,25%	01	6,25%
Tipo de vínculo com o serviço				
Acolhimento Integral	04	25%	11	68,75%
Hospital Dia	06	37,5%	02	12,5%
Oficinas Terapêuticas	13	81,25%	01	6,25%

Fonte: Dados do estudo

O álcool é a droga mais utilizada, tanto de escolha quanto ao longo da vida, provavelmente por ser legalizado e de baixo custo (Machado et al., 2017). No Brasil, o último levantamento domiciliar realizado, em 2005, nas 108 maiores cidades, evidenciou que o uso de álcool na vida foi de 74,6%, sendo que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preencheram critérios para a dependência do álcool (SNPD, 2017a).

A demanda espontânea é um fator relevante para uma adesão ao Plano Terapêutico proposto no CAPS-ad, aqui no estudo se deu de igual valor entre os dois grupos, porém o tempo de vínculo com o serviço é que revelou a participação ativa no tratamento.

Estudo realizado em Estado do Sul do país constatou que a probabilidade de abandono de um dependente de drogas e usuário do serviço de saúde mental com apenas um mês de tratamento é cinco pontos percentuais maiores do que há de um ano em atendimento – a mesma diferença se mostra entre um usuário recém-chegado ao serviço e aquele com um mês de tratamento que já conhece o serviço (Fernandes et al., 2017). Sem embargo, mesmo tendo pouco tempo de acompanhamento, alguns usuários conseguiram estarem prontos, dispostos e capazes de mudar os seus comportamentos. Ao mesmo tempo, outros com tempo de vínculo maior se mostram ambivalentes e mais resistentes às mudanças, fato que pode estar relacionado com a pouca autoeficácia ou aos fatores de vulnerabilidade inerentes. Já que a dependência de drogas é um transtorno complexo, multifatorial e de etiologia heterogênea (Fernandes, 2017).

Nas situações em que existe uma pressão externa por parte de familiares, amigos e profissionais para o usuário buscar tratamento ou, ainda, por ordem judicial, os indivíduos acabam não tendo estímulo interno para participar ativamente das atividades propostas e de mudar o comportamento (Silva et al., 2014; Mastroianni et al., 2016).

No GA o tipo de vínculo com o serviço se deu principalmente por meio das Oficinas Terapêuticas – tratamento Não Intensivo ou do Hospital Dia – tratamento Semi-Intensivo, tratamentos esses que são propostos para usuários que tenham maior motivação para participação no serviço (GDF, 2019). Ao contrário do GN, em que o principal vínculo foi o Acolhimento Integral – tratamento Intensivo, modalidade de desintoxicação em serviço de internação dentro do CAPS-ad, no qual a proposta é que os indivíduos além de se desintoxicarem, se vinculem as Oficinas Terapêuticas ofertadas durante a semana, porém como visto nos dados, somente um participante do Acolhimento Integral obteve adesão almejada no serviço.

Em relação às vulnerabilidades clínicas e psiquiátricas de ambos os grupos (GA e GN) se mostrou semelhante e são expostos no Quadro 3 Os participantes dos dois grupos apresentaram já ter passado por vários tipos de violência e várias tentativas de suicídio, possuíam envolvimento com a justiça e apresentaram várias comorbidades físicas e psiquiátricas, em especial a depressão.

Variáveis	GA (Aderidos) N=16		GN (Não Aderidos) N=16	
	Total (n)	Porcentagem (%)	Total (n)	Porcentagem (%)
Tipo de violência sofrida				
Psicológica	13	81,25%	10	62,5%
Verbal	12	75%	08	50%
Física	11	68,75%	09	56,25%
Sexual	04	25%	0	0%
Suicídio				
Tentativa	12	75%	10	62,5%
Ideação	02	12,5%	02	12,5%
Envolvimento com a justiça				
Sim	08	50%	09	56,25%
Não	08	50%	07	43,75%
Comorbidade psiquiátrica				
Sim	15	93,75%	14	87,5%
Depressão	12	75%	10	62,5%
Ansiedade	03	18,75%	04	25%
Esquizofrenia	01	6,25%	0	0%
Transtorno Afetivo	0	0%	02	12,5%
Bipolar				
Não	01	6,25%	02	12,5%
Comorbidade física				
Sim	10	62,5%	10	62,5%
Não	06	37,5%	06	37,5%

Fonte: Dados do estudo

Os diversos tipos de violência foram encontrados neste estudo, assim como as questões com a justiça, fatores que podem acarretar em desemprego e problemas com a polícia, demonstrando que a vida dos usuários de drogas é afetada para além do comprometimento de sua saúde, independente do grupo pesquisado (GA e GN).

A incidência de vulnerabilidade social está estritamente relacionada às toxicomanias (SNPD, 2017b; Toledo; Góngora; Bastos, 2017). E indivíduos em condições de alta vulnerabilidade social requer a concretização de uma rede de atenção em saúde que articule os diferentes setores da sociedade (Silva et al., 2017; Tibiriçá; Luchini; Almeida, 2019).

A alta taxa de tentativa de suicídio pode estar relacionada tanto com a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas, principalmente a depressão, que afeta em grande parte ambos os grupos, quanto à violência sofrida (SNPD, 2017a).

O uso abusivo do álcool é fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas (como diabetes, câncer e doenças do coração), bem como se configura como fator de risco para acidentes e violência, sendo caracterizado como questão de saúde pública (SNPD, 2017a; SES-DF, 2018).

Estudo em Estado do Nordeste do Brasil revelou que o abuso de drogas permeia várias classes e instâncias sociais envolvendo comorbidades, delinquências e outros problemas associados. As pessoas com esse transtorno, geralmente, apresentam diversas enfermidades mentais associados, entre elas as de humor, personalidade, ansiedade e esquizofrenia. Também estão associados os comportamentos de retração, dificuldades de reinserção social e desorientação e sintomas psicóticos como efeitos das substâncias. Outros aspectos que caracterizam a história de indivíduos dependentes de drogas são as reinternações, as tentativas de fugas e a internação compulsória pelo sistema judicial (Sousa; Neves; Nunes, 2017).

ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS (SINAIS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA)

Sobre os sinais de depressão para ambos os grupos (GA e GN) foram apresentados a seguir no Gráfico 1. Acerca da depressão, predominou entre os dois grupos, a classificação de depressão moderada e grave. No GA, sete pessoas (43,75%) pontuaram depressão grave, enquanto cinco (31,25%) do GN. As respostas mais prevalentes foram no GA: *Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar; Acho que estou sendo punido; Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.* Já no GN as respostas mais prevalentes foram: *Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo; Eu me sinto sempre culpado; Acho que estou sendo punido; Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que eu queira; Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me; Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas; e Considero-me feio.*

Gráfico 1 – Média de resultados do Inventário de Depressão de Beck - BDI dos grupos (GA e GN).
Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021. (N=32)

O álcool é um importante fator relacionado com a depressão, uma avaliação de Danieli et al. (2017) evidenciou que em uma associação entre o uso de álcool e depressão, quando um dos dois está presente se acentua ou dobra o risco do outro.

Pessoas que sofrem de depressão são mais propensas a serem dependentes de álcool ou outras drogas ao longo da vida. Segundo estudos, o motivo se dá pelo fato de que o indivíduo use a bebida alcoólica como uma forma de fugir e/ou lidar com situações e emoções, devido a maior dificuldade de lidar com as emoções negativas. No entanto, o uso de substâncias psicoativas torna a depressão mais acentuada, tendo efeito oposto, ou seja, o uso do álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, bem como dificulta e agrava o quadro da depressão (SES-DF, 2018).

Os indivíduos do estudo GA e GN, apresentaram mais sintomas de depressão moderada a severa, porém o GA obteve mais indivíduos com depressão severa. Contudo, ao analisar a média de respostas que tiveram mais frequência o GA tem uma prevalência de sintomas (desesperança, punição e irritação) menor que o GN (aborrecimento, culpa, punição, choro, irritação, desinteresse, aparência), tal fato pode ser explicado pela adesão ao tratamento, PTI, consultas, atendimentos individuais e terapia medicamentosa há mais tempo que o GN, terapias que melhoram a autoestima e a autonomia do sujeito.

Os sinais de depressão mais altos em GA, também podem ser justificados pela menor média de anos entre o primeiro consumo de drogas e a idade atual de GN em relação ao GA. A média do primeiro contato com a droga no GA foi de 14,3 anos e a média atual foi 44,8 anos, o que equivale a média de 30,5 anos em uso das substâncias. Enquanto que o GN, a média do início foi de 15,8, a idade atual foi de 41,7 anos e 25,9 anos em uso das substâncias, o que corresponde a uma jornada mais curta de danos gerados pelas drogas, do que os indivíduos do GA.

Estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul permitiu compreender os motivos atribuídos por usuários de substâncias psicoativas ao procurarem tratamento em um CAPSad, e os motivos mais relatados foram os agravos na saúde e os relacionamentos sociais comprometidos (Siqueira et al., 2018). Complementam outros autores (Silva et al., 2014; Mastroianni et al., 2016), que, normalmente, os dependentes de drogas se efetivam no tratamento só quando a situação se cronifica e atinge um nível prejudicial para suas vidas, provocado por perdas significativas.

Aspectos que são ocasionados pela longa jornada da dependência de drogas, cronicidade da dependência e, em especial, ocasionado pela depressão, em que há um prejuízo tanto na saúde mental, quanto nas relações sociais. Fatores ora citados que justificam em parte o maior índice de sinais de depressão no GA, pois quanto mais tempo de consumo de drogas maiores sequelas e maior busca e adesão ao serviço e tratamento.

Sobre os sinais de ansiedade para ambos os grupos (GA e GN) foram apresentados a seguir no Gráfico 2. Em relação aos sinais de ansiedade, autorrelatados pelos usuários participantes, constatou-se que a ansiedade severa, foi mais acentuada no GN (62,5%), do que no GA (37,5%). As respostas mais prevalentes no grupo GA foram: *Incapaz de relaxar* e *Medo de perder o controle*, enquanto no GN as respostas foram similares acrescidos do sintoma *Suor (não devido ao calor)*.

Gráfico 2 – Média de resultados do Inventário de Ansiedade de Beck - BAI dos grupos (GA e GN).
Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021. (N=32)

No Gráfico anterior é possível verificar que o GN possui uma ansiedade severa maior, tal fato pode ser explicado devido ao GN não estar participando ativamente das atividades propostas ao tratamento. É possível verificar no Quadro 1 que grande parte dos usuários do GN possuía até um mês de tratamento. O que é esperado com que os sintomas de ansiedade possam estar mais presentes nesta fase de tratamento.

Ainda assim, a ansiedade é explicada pelo uso crônico e abusivo de álcool e outras drogas. O psiquiatra Ronaldo Laranjeira (2016) explica que à medida que se aumenta a dose de álcool, por exemplo, aumenta também a chance de surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade. Alguém que esteja fazendo uso crônico do álcool acaba ficando com a impressão de que existe uma diminuição da ansiedade e depressão quando se ingere bebida alcóolica, pois acaba valorizando o efeito imediato que corresponde à diminuição da ansiedade e depressão e desconsidera os efeitos crônicos que acabam aumentando esses sintomas.

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse podem interferir negativamente no progresso do tratamento de usuários de substâncias. Todavia, um estudo identificou que só após se diagnosticar esses sintomas é possível criar estratégias para auxiliar na diminuição dos sintomas de depressão, ansiedade e, conseqüentemente, melhorar as condições de vida para o enfrentamento do transtorno

por uso de substâncias (Andretta et al., 2018). Por isso, a importância de se criar estratégias de rastreamento desses sintomas no tratamento das toxicomanias.

É importante identificar potenciais fatores de risco para o suicídio, como a depressão e a ansiedade para se implementar o gerenciamento dos casos. Estudo realizado em um Estado do Sul do Brasil com dependentes de drogas mostrou que a ideação suicida estava presente em pessoas que tinham ansiedade, eram nervosas, tinham sintomas depressivos ou estavam sob influência de drogas ou em abstinência das mesmas (Pillon et al., 2019).

A respeito da Qualidade de Vida, a média dos escores do GA (77,5) foi um pouco mais elevada do que o do GN (73,5). Em todos os domínios, os indivíduos pertencentes ao GA obtiveram uma média geral e acima dos participantes do GN. No domínio físico - o GA obteve um escore de 20, enquanto o GN de 19. No domínio psicológico - o GA teve média de 18 e o GN de 17. No domínio relações sociais – o GA obteve média de 10 e o GN de 9. E no domínio meio ambiente – o GA pontuou uma média de 23 e o GN de 19.

Gráfico 3 – Média de resultados da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida na versão abreviada - WHOQOL-BREF dos grupos (GA e GN). Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021. (N=32)

Fica evidente ao analisar o Quadro 3 que os indivíduos que estão mais aderidos ao PTI proposto pelo CAPS (GA), possuem uma maior qualidade de vida. Estudos apontaram que existe um consenso na autopercepção de indivíduos dependentes de drogas que o transtorno traz prejuízos na saúde e qualidade de vida (Cruz; Simioni; Carmo, 2019).

Outro fator que podemos analisar ao analisar este Quadro é que o domínio mais afetado negativamente é o de Relações Sociais em ambos os grupos. O uso de substâncias psicoativas trás muitas perdas para o indivíduo, segundo Cosentino et al. (2017), as vivências no cotidiano de usuário de drogas são devastadoras nos aspectos físico, financeiro, de relações interpessoais e sociais sendo que, do ponto de vista subjetivo, o impacto dessa convivência pode ser caracterizado por sentimentos negativos, como tensão, estresse, preocupação, estigma, raiva e culpa. O que explica o motivo do domínio das Relações Sociais serem as mais prejudicadas, segundo este estudo.

O GA obteve uma pontuação maior no ambiente físico, no transporte e na disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais do que o GN. Resultado análogo ao estudo realizado com dependentes de drogas em recuperação que o domínio Meio Ambiente foi o que apresentou o maior escore (Silveira et al., 2013). É sabido que problemas do meio ambiente, como os familiares, a ociosidade, a participação em eventos sociais, às companhias de amigos usuários de drogas e os sentimentos negativos (raiva, tristeza e ansiedade) intensificam o uso de drogas psicoativas. Esses achados permitem a compreensão de que o meio ambiente tem influência na adesão ao tratamento, pois mudar a rotina de vida e o convívio com outros grupos favorece o se manter em abstinência do uso de drogas (Bettarello et al., 2016).

ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS (CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS)

Após leitura e análise das entrevistas sobre os pontos positivos do CAPS-ad, emergiram as seguintes categorias entre os GA e GN: I – Vínculos positivos; II - Atividades desenvolvidas no CAPS amplas e diversificadas e III - Promoção de bem-estar.

CATEGORIA I: VÍNCULOS POSITIVOS

Esta categoria aponta a criação de vínculos com os profissionais da instituição e com os outros usuários do serviço - como principal característica positiva do CAPS-ad III em ambos os grupos. Apareceram nas falas o atendimento humanizado (GA=4 e GN=6), o acolhimento dos profissionais de saúde (GA=12 e GN=1), além da amizade e a socialização entre o grupo de pares (GA=3 e GN=2). Isso pode ser evidenciado pelos seguintes relatos:

A equipe é acolhedora e o CAPS traz paz e esperança (GA1). O atendimento é bom e a equipe me trata bem (GA9). O tratamento é bom demais (GA8). O ambiente é acolhedor e confortável e consegui fazer amizades com outros usuários (GA13).

A equipe me trata bem e o CAPS é uma ajuda, um Socorro (GN3). Os funcionários me tratam bem (GN16). Aqui me ajuda na minha socialização e me tratam bem (GN5).

Mesmo que os vínculos positivos estiveram presentes em ambos os grupos, observou-se que houve dezenove relatos no GA e apenas dez no GN. Esses discursos se assemelham com aqueles encontrados em outras pesquisas realizadas com usuários dos CAPSad (Lacerda; Rojas, 2017; Gonçalves et al., 2019).

Foi citado o bom relacionamento com os profissionais do serviço especializado, que tem afinidade com o trabalho com dependente de drogas, de forma a oferecer acolhimento e assistência qualificada, e que desenvolve relações amigáveis, focada no plano terapêutico individualizado e na formação de uma rede social sólida (Gonçalves et al., 2019; Silveira, R. et al., 2019).

Em pesquisa desenvolvida no Sul do país, foram assinalados o vínculo positivo que permitiu a aproximação mais efetiva entre os usuários e o profissional, o que favoreceu a escuta, diálogo e respeito, e deixou o usuário mais seguro e confiante para prosseguir seu tratamento em um CAPSad (Ferreira et al., 2015).

Os usuários e entrevistas de estudo realizado no Estado de São Paulo em um CAPSad, relataram satisfação com o tratamento e acolhimento oferecidos pela equipe e sobre a capacidade técnica dos profissionais que os atendem, conseguindo reconhecer os esforços e os cuidados que a equipe oferece (Mastroianni et al., 2016).

Também foi atribuído a outro CAPSad do Estado de São Paulo como um serviço que acolhe, é amigável, dá apoio e cuidado de forma quase que unânime entre os usuários (Lacerda; Rojas, 2017). Complementam Tibiriçá, Luchini e Almeida (2019), que um CAPSad III de cidade do Estado de Minas Gerais foi visto pelos usuários como local de apoio/suporte e auxílio, pois é uma instituição que preconiza o sujeito e seus direitos, assim como tenta da melhor forma possível apoiar e ajudar a superar o abuso, além de ser acessível para todas as pessoas.

CATEGORIA II: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CAPS AMPLAS E DIVERSIFICADAS

De acordo com a percepção dos usuários, a dinâmica de atividades desenvolvidas no CAPS-ad envolve várias ações e de forma variada, destacam-se como ferramenta de manejo adequada à reabilitação dos usuários, com ênfase para o trabalho em grupos terapêuticos (GA=5 e GN=3), aproximação da família (GA=1 e GN=2), o tratamento de desintoxicação mediado pelo acolhimento integral (GA=1 e GN=1), consultas regulares (GA=2 e GN=1) e medicação adequada (GA=1 e GN=2). Isso pode ser comprovado pelos seguintes relatos:

Aqui tem grupos terapêuticos diversificados de manutenção e um acolhimento integral para às emergências (GA4). No CAPS eu participo dos grupos terapêuticos, ocupo meu dia, ajuda a não recair e a não brigar e discutir com minha esposa. Por exemplo, o Tai Chi Chuan e a yoga me fazem muito bem (GA5). O tratamento aqui me ajuda na minha mudança de vida, a largar às drogas e a medicação é boa. Gosto muito do grupo de artesanato (GA10). No CAPS-ad as consultas médicas são regulares, o tratamento me ajudou a me manter em abstinência das drogas e auxiliou na aproximação com a minha família (GA11).

No CAPS eu recebo medicação e tem várias terapias disponíveis e diversificadas (GN2). O CAPS me ajuda na minha reabilitação e a volta para minha família (GN9). Aqui me auxilia na saúde e na desintoxicação (GN11). A minha família fica satisfeita de me ver aqui (GN15).

Houve um consenso de respostas nesta categoria em ambos os grupos, o GA obteve dez respostas, enquanto que GN atingiu nove respostas.

Dados que corroboram com os encontrados numa pesquisa realizada CAPS-ad de João Pessoa-PB, em que os usuários do serviço relataram que o serviço dispõe de uma variedade de atividades, tais como: Oficinas Terapêuticas e de Educação em Saúde, Redução de Danos, Grupo de Prevenção em Recaída, Orientações sobre os Problemas do Alcoolismo, Grupos de Arte Terapia, Música, Combate ao Tabagismo e Relaxamento e que os usuários conseguem estabelecer um padrão de vínculo bom com a equipe (Silva et al., 2014).

Grupos de atividades lúdicas, prazerosas e inerentes ao cotidiano dos usuários de dependentes de drogas permitem vivenciar o lazer com enfoque estratégico terapêutico de reabilitação, seja com o objetivo de os participantes compartilharem suas experiências e seus sentimentos para a reflexão e a reformulação de conceitos ou, ainda, para criar um ambiente acolhedor para a inserção social e o estímulo para o comportamento saudável (Gonçalves et al., 2019).

CATEGORIA III: PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR

O tratamento recebido no CAPS traduz em um bem-estar geral, visto que os usuários relatam diferentes aspectos positivos recebidos por parte do CAPS, seja na alimentação (GA=3 e GN=3), lazer (GA=2 e GN=1), descanso (GA=0 e GN=1) e segurança (GA=0 e GN=1). Além disso, evidencia-se que frequentar regularmente o CAPS-ad representa uma forma de melhorar a Qualidade de Vida. O apoio recebido pode ser demonstrado pelos seguintes relatos:

O CAPS-ad me traz conforto e aconchego e a alimentação é boa (GA2). A comida aqui é boa (GA8,12). Melhorou minha Qualidade de Vida (GA3). O CAPS-ad me trouxe um melhor bem-estar (GA5).

No CAPS-ad estou sendo cuidado, antes estava sem moradia, em situação de rua, agora, tenho alimentação e um lugar seguro para dormir (GN2). A alimentação aqui é boa e melhora minha saúde (GN4). Aqui tenho bons conselheiros, alimentação e lazer (GN6). No CAPS-ad eu descanso (GN11).

No quesito promoção de bem-estar geral, o GN apresentou seis respostas, ao passo que o GA revelou cinco. Tendo em vista que o GN estava no estágio inicial de tratamento e a maioria no Acolhimento Integral, supõe-se que o CAPS-ad era visto por GN muito mais como um local de lazer, de descanso, de segurança e que proporciona boa alimentação, ao invés de ser um local de reabilitação psicossocial que estimula a autonomia do sujeito.

Ao se propor estratégias que reduzam o estresse e que valorizem o bem-estar cotidiano, os cuidados com a alimentação, o sono e oportunidades de recreação/lazer oportunizam o tratamento da dependência de drogas (Silveira et al., 2013; Bettarello, V. C. et al., 2016).

Depois da leitura e análise das entrevistas sobre os pontos negativos do CAPS-ad, sugeriram as seguintes categorias entre os GA e GN: IV – Localização e regras do serviço desfavoráveis; V - Avaliação negativa dos cuidados recebidos; VI - O CAPS-ad não influencia em nada; VII - O CAPS-ad não apresenta aspectos negativos.

CATEGORIA IV: LOCALIZAÇÃO E REGRAS DO SERVIÇO DESFAVORÁVEIS

Um fator verbalizado pelos participantes foi à avaliação do CAPS-ad, principalmente questões inerentes aos aspectos negativos do local ou o grande número de regras estabelecidas pela instituição (GA=0 e GN=1), o pouco tempo para fumar ou fumar dentro do CAPS-ad (GA=1 e GN=1), o serviço é localizado em área de alta vulnerabilidade para que se adquiram drogas (GA=1 e GN=1), a acomodação do acolhimento integral não é boa (GA=0 e GN=1) e mau uso do espaço do CAPS-ad (GA=1 e GN=0).

Aspectos esses que, segundo os participantes, não favorecem a adesão ao tratamento. Isso pode ser demonstrado pelos seguintes relatos:

O CAPS-ad facilita o acesso às drogas, o que facilita minha recaída (GA12). No CAPS-ad me dão pouco tempo para fumar e o CAPS-ad não tem piscina (GA12).

O CAPS-ad se localiza perto da boca de fumo (GN4). O serviço tem muitas regras e na acomodação, por exemplo, não tem ambiente favorável para dormir (GN15). Alguns usuários fumam dentro do CAPS-ad (GN9).

Nesta categoria o GA pontuou duas respostas, ao mesmo tempo, GN quatro.

Os resultados evidenciaram problemas de infraestrutura, abrangência territorial e de regras de convivência que, segundo os usuários, comprometem o atendimento das demandas, a adesão dos usuários ao tratamento e o desempenho dos profissionais. Entretanto, a abrangência territorial converge da recomendada pelas diretrizes governamentais, pois estar numa região de alta vulnerável às toxicomanias facilita o acesso do usuário ao serviço (Silva; Abbad; Montezano, 2018).

CATEGORIA V: AVALIAÇÃO NEGATIVA DOS CUIDADOS RECEBIDOS

Com relação à percepção sobre os cuidados recebidos pelo CAPS-ad, alguns participantes optaram em avaliar de forma negativa os cuidados recebidos, seja pela prescrição de inúmeros psicofármacos (GA=0 e GN=3), medo e assédio de outros usuários (GA=2 e GN=1), predispor às recaídas (GA=2 e GN=1) ou porque a alimentação não é boa (GA=1 e GN=0). Por meio dos relatos verbais, evidenciaram-se essas críticas:

Alguns pacientes chegam sob efeito de drogas nos grupos terapêuticos, o que facilita o assédio dentro do CAPS-ad (GA10). Tem medo de recair (GA5,6).

Os medicamentos prescritos são muito fortes e faz a gente dormir demais (GN1). A medicação daqui me deixa sonolento (GN13). Aqui só prescreve remédios (GN14). Às vezes tenho medo de outros pacientes (GN11). Tenho medo de recair (GN3).

Ambos os grupos obtiveram cinco respostas nesta categoria. Sendo que a prescrição de psicofármacos foi pontuada somente por integrantes do GN.

Mesmo que a terapêutica medicamentosa seja importante no manejo e no gerenciamento do indivíduo na Síndrome da Abstinência de Drogas ou em situações de crise, geralmente, representa um desafio devido às diferentes dimensões interativas que influenciam diretamente no processo de

adesão. Neste contexto, a equipe multiprofissional, deve desenvolver ações a fim de conscientizar o indivíduo quanto às situações de alto risco para a recaída, auxiliá-lo no processo de enfrentamento e de mudança de hábitos. Aspecto que favorece a uma melhor qualidade de vida, além de auxiliar na manutenção da abstinência, bem como na reabilitação e reinserção social neste momento da vida do usuário (Capistrano et al., 2019).

Déficits nos fatores relacionados a habilidades de enfrentamento e autoafirmação com risco e às dificuldades em conversação e desenvoltura social estão diretamente relacionados a recaídas e abandono de tratamento (Silva et al., 2018). Muitas regras de convivência são necessárias para se viver em grupo e representam manifestações de convivência social, não obstante, se faz necessário ponderar entre o acesso a direitos e à construção de autonomia, de maneira que o serviço de saúde mental não deixe de atuar no âmbito social desses usuários e consiga, de forma integrada, promover a reinserção social e o empoderamento desses usuários (Lacerda; Rojas, 2017).

CATEGORIA VI: O CAPS-AD NÃO INFLUENCIA EM NADA

Para além dos sentidos fundamentados no reconhecimento de apoio, cuidado e reinserção social do CAPS-ad, apenas um relato relacionado ao desprezo do serviço foi assinalado (GA=0 e GN=1), como mostra a fala:

O CAPS-ad ainda não influenciou muita coisa no meu tratamento, pois eu também não participo de nenhum grupo (GN10).

Somente um integrante do GN alegou que o CAPS-ad não influenciou em nada na vida dele.

Uma pesquisa desenvolvida em um serviço de saúde mental voltado para dependentes de drogas no Rio Grande do Sul sobre a identificação da prevalência e fatores associados à evasão do tratamento mostrou que dentre os maiores motivos relatados para a não aderência ao tratamento, foi o descontentamento com a instituição e não achar necessário realizar o tratamento (Fernandes et al., 2017).

Muito usuários se apresentam em Estágio de Pré-Contemplanção (Prochaska; DiClemente; Norcross, 1992), em que o usuário não tem preocupação com seu uso abusivo de substâncias e não pensam na possibilidade de mudança de comportamento. Outra explicação seria o usuário se considerar vítima do transtorno e não achar que deve ter autonomia para conseguir lograr suas metas e planos de mudança, e acabavam transferindo ao serviço a função de resolver demandas que não dizem respeito às atribuições dessa instituição (Lacerda; Rojas, 2017).

Os indivíduos dependentes de drogas percebem sua vida como inautêntica enquanto não aderem ao tratamento, vislumbrando-se como pessoas sem valores frente à sociedade e acabam sendo delas excluídos. Desta forma, a adesão terapêutica favorece a reconstrução de novas formas de vida, refletindo sobre as consequências da toxicomania e encontrando, no cuidado em saúde mental, um valioso caminho para a reconstrução do seu existir, com a inserção social e familiar do sujeito no seu contexto de vida (Inoue, L. et al., 2019).

CATEGORIA VII: O CAPS-AD NÃO APRESENTA ASPECTOS NEGATIVOS

O sentido do CAPS-ad como ambiente que não apresenta aspectos negativos se fez manifesto (GA=9 e GN=6).

Ocorreram relatos em que houve um reconhecimento das ações e articulações somente positivas do CAPS-ad. O CAPS-ad é, frequentemente, tido como um local de *portas abertas* para receber seus usuários, quando necessário, estabelece vínculos importantes com esses indivíduos, de respeitar suas escolhas e atender às suas demandas psicossociais (Lacerda; Rojas, 2017).

Esses resultados enfatizam a subjetividade das questões relacionadas à adesão ou não ao serviço de saúde mental, numa visão que respeita os usuários enquanto cidadãos autônomos para que se possa trabalhar com estratégias de acordo com as demandas dos usuários do serviço.

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa permitiu identificar alguns fatores relacionados com a participação ativa ou não dos usuários do serviço, como o perfil sociodemográfico, clínico e psiquiátrico dos participantes, da mesma forma, conhecer a qualidade de vida, sinais de depressão e ansiedade e a percepção do serviço na visão dos usuários.

Houve diferença significativa em alguns itens do perfil dos participantes. O GA tinham pessoas com mais companhia afetiva, menor número de filhos, nível de escolaridade mais alto, mais tempo de acompanhamento no serviço e vínculo. A média dos escores de sinais de ansiedade severa foi mais baixa e de depressão severa mais alta, já nos quatro domínios de Qualidade de Vida apresentaram-se mais altos do que o GN. Após leitura e análise das entrevistas sobre os pontos positivos do CAPS-ad, emergiram as seguintes categorias (GA=34 respostas e GN=24 respostas): Vínculos positivos; Atividades desenvolvidas no CAPS amplas e diversificadas e Promoção de bem-estar. Em relação aos pontos negativos do CAPS-ad (GA=8 respostas e GN=10 respostas), sugeriram as categorias: Localização

e regras do serviço desfavoráveis; Avaliação negativa dos cuidados recebidos e o CAPS-ad não influenciam em nada. Já a categoria que o CAPS não apresenta aspectos negativos (GA=9 respostas e GN=6 respostas)

Como contribuições deste estudo, pode-se elencar a amplitude e profundidade dos dados pesquisados sobre cada sujeito. Além disso, para alcançar resultados na área da saúde mental é importante refletir e pensar no compartilhamento do cuidado. Assim, conhecer as percepções dos usuários que tem ou não frequência nas atividades propostas pelo CAPS-ad permite a reflexão do cuidado, o que proporciona estruturar mudanças mais efetivas e compartilhadas nas formas de cuidar em saúde mental.

A presente pesquisa apresenta como limitação o estudo ser constituído em uma microrregião, por conseguinte esses dados não são generalizados. Sem embargo, espera-se que a mesma venha a contribuir para que se continue a desenvolver pesquisas sobre os fatores que norteiam a prática em saúde mental em prol da maior adesão dos seus usuários.

Colaboradores: Gestão e servidores do CAPSad e participantes da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. S.; LUIS, M. A. V. Sociodemographic characteristics and pattern of use of crack and other drugs in a caps ad. *Rev enferm UFPE on line*. v.11, n.4 Ed. Suplementar, p.1716-23, 2017. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15269/18837>
- ANDRETTA, I. et al. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em usuários de drogas em tratamento em comunidades terapêuticas. *Psico USF*. v.23, n.2, p.361-73, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200361
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. Beck anxiety checklist. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, 1985.
- BECK, A. T.; WARD, C.; MENDELSON, M. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. v.4, p.561-71, 1961.
- BETTARELLO, V. C. et al. Quality of life, spirituality, religion and personal beliefs of chemical dependents in treatment. *Rev Eletr Enf [Internet]*. v.18, n.e1194, p.1-10, 2016. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/41677/22102>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília, 2011.
- CAPISTRANO, F. C. et al. Dimensions that interfere with adherence to medication in substance-related disorders: integrative review. *Cogitare enferm*. v.24, p.e58170, 2019. Available from: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58170/pdf_en Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58170>
- COSENTINO, S. L. et al. Characteristics of Family caregivers and drug users. *Rev enferm UFPE on line*. v.11, n.6, p.2400-7, 2017. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23403/19067> Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23403p2400-2407-2017>
- CRUZ, B.; SIMIONI, P.; CARMO, T. Life quality among consumers of psychoactive substances: evaluation of the Medical Outcomes Study Short Form 36. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. v.15, n.3, p.1-9, 2019. Available from: www.revistas.usp.br/smad/article/view/163916/157418 Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000422>
- CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DANIELI, R. V. et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *J bras psiquiatr*. v.66, n.3, p.139-49, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n3/0047-2085-jbpsiq-66-3-0139.pdf>
- FERNANDES, S. S. et al. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. *Cad saúde colet*, (Rio J.); v.25, n.2,

p.131-7, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020268.pdf> Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020268>.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. *Rev Min Enferm.* v.19, n.2, p.150-6, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n3/0047-2085-jbpsiq-66-3-0139.pdf> Doi: 10.5935/1415-2762.20150032.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL - bref". *Rev Saúde Pública.* v.34, n.2, p.178-83, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012

GDF - Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Atenção Secundária à Saúde. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-ad III. Sistematização do Processo de Trabalho. Brasília: GDF; 2019.

GONÇALVES, J. R. L. et al. Adherence to treatment: perception of adolescents in chemical dependency. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* v.15, n.1, p.57-63, 2019. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161531/155479> Doi:

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000415>

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatria Clínica (São Paulo).* v.5, n.5, p.245-50, 1998.

INOUE, L. et al. Life perceptions and future perspectives of drug users: understand to care. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* v.15, n.2, p.52-9, 2019. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161575/155530> Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000417>.

LACERDA, C. B.; ROJAS, M. F. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface. (Botucatu) [Internet].* v.21, n.61, p.363-72, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-32832017000200363&lng=en&nrm=iso>

LARANJEIRA, R. Depressão & Abuso e Dependência do Álcool (ADA). UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) Departamento de Psiquiatria – EPM – UNIFESP. 2016.

MACHADO, I. E. et al. Brazilian Health Survey (2013): relation between alcohol use and sociodemographic characteristics by sex in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* v.20, n.3, p.408-22, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n3/en_1980-5497-rbepid-20-03-408.pdf Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>

MASTROIANNI, F. C. et al. Perfil sociodemográfico de um CAPSad e sua funcionalidade segundo os usuários. *Rev Psicologia Saúde.* v.8, n.2, p.3-16, 2016. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2016000200001 Doi: [http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(01\)](http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(01))

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

OLIVEIRA, A. J. et al. Alterações de neuropsicológicas decorrentes de substâncias psicoativas: prejuízos cognitivos e implicações para o tratamento. Esc Saúde Pública Paraná. v.2, n.1, p.148-58, 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/178/55> Doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p148>.

OLIVEIRA, V. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um caps ad do sul do Brasil. Rev baiana enferm. v.31, n.1, p.e16350, 2017.

PILLON, S. C. et al. Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: focus on suicidal behavior and psychological problems. Archives of Psychiatric Nursing. v.33, n.1, p.70-6, 2019. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941718302371>

PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. Am Psychol. v.47, n.9, p.1102-14, 1992.

SALLES, D. B.; SILVA, M. L. Mental health professional perception of the embracement towards psychoactive substance user in CAPSad. Cad Bras Ter Ocup. v.25, n.2, p.341-9, 2017. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1516/869>

SANTOS, R. C. A.; CARVALHO, S. R.; MIRANDA, F. A. N. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. Rev Bras Pesq. Saúde. v.16, n.1, p.105-11, 2014. Disponível em:

<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/8497/5993>

SES-DF. Governo do Distrito Federal/ Secretaria de Estado de Saúde-DF. Depressão e consumo abusivo de álcool: vamos conversar? Governo do Distrito Federal, 2018.

SILVA, D. L. S. et al. Profile sociodemographic and epidemiologic of esers of Psychosocial Care Center alcohol and drugs. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. v.6, n.1, p.67-79, 2017. Available from: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1659/pdf_1 Doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1659>

SILVA, E. F. et al. Experiências de usuários de Caps-Ad com o uso abusivo de drogas em João Pessoa-PB. Rev Pesqui (Univ. Fed. Estado Rio J., Online). v.6, n.Ed. Supl., p.1-17, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/User%20Lenovo/Downloads/5822-29241-1-PB.pdf>

SILVA, N. G. et al. The race/color variable in studies of characterization of the users of Psychosocial Care Centers. Saúde Soc. v.26, n.1, p.100-4, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/en_1984-0470-sausoc-26-01-00100.pdf

SILVEIRA, C. et al. Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. Cien Saúde Colet. v.18, n.7, p.2001-6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/15.pdf> Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700015>

SILVEIRA, R. et al. Sharing care in psychosocial care: perception of workers and users. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v.15, n.2, p.69-76, 2019. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161583/155536> Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000431>

SILVA, M. L. et al. Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento. Cad Bras Ter Ocup. v.26, n.4, p.849-58, 2018. Disponível em: <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/2145/1057> Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1633>

SILVA, M. N. R. M. O.; ABBAD, G. S.; MONTEZANO, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas. Pesqui. prá. psicossociais. v.13, n.2, p.1-17, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/08.pdf>

SIQUEIRA, D. F. et al. Motivos atribuídos por usuários à procura de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. REME rev min Enferm. v.22, p.e-1082, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User%20Lenovo/Downloads/e1082.pdf>

SNPD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Efeitos de substâncias psicoativas. 11. ed. Brasília: SUPERA, 2017a. Módulo 1.

SNPD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. O Sistema Único de Assistência Social e as redes comunitárias. 11. ed. Brasília: SUPERA, 2017b. Módulo 7.

SOCOL, K. L. S. et al. Cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. Rev Rene. v.14, n.3, p.549-57, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3431/2670>

SOUSA, E. R.; NEVES, V. P.; NUNES, J. T. Assistência de enfermagem aos usuários de drogas psicoativas em sofrimento psíquico: relato de experiência. Rev enferm. UFPI. v.6, n.2, p.74-7, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5627/pdf>

TIBIRIÇÁ, V.; LUCHINI, E.; ALMEIDA, C. Drug users' perspective on their treatment and the psychosocial care network. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v.15, n.4, p.1-9, 2019. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/164013/157473> Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.150890>

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.150890>

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social - uma revisão narrativa. Ciênc Saúde Colet. v.22, n.1, p.31-42, 2017. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100031

Capítulo 3

10.37423/210904721

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE A INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Ana Paula Lobo Trindade

Universidade Federal do Pará

MARINES MATOS DA SILVA

*Centro Universitário Planalto do Distrito-
UNIPLAN CAMPUS BRAGANÇA*

Maria Daniele Correa da Mota

*Centro Universitário Planalto do Distrito-
UNIPLAN CAMPUS BRAGANÇA*

Mônica de Nazaré Monteiro Gonçalves

*Centro Universitário Planalto do Distrito-
UNIPLAN CAMPUS BRAGANÇA*

Raquel Inácio Sousa Matos

*Centro Universitário Planalto do Distrito-
UNIPLAN CAMPUS BRAGANÇA*

Resumo:

Objetivo: Conhecer os perfis de sentimentos expressos pelas mães que tiveram seus filhos internados na UTI neonatal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa foi aprovada pelo comitê de ética do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará com parecer nº2.495.108 e CAAE: 76102317.3.00005172. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistadas quatro puérperas com idade que variou de 17 a 30 anos. Destas, apenas uma era casada, moradoras dos municípios de Bragança duas puérperas, uma de Igarapé- Açú e uma de Viseu. Retrato bem a realidade da demanda que vem dos municípios próximos de Bragança. Todas informaram terem feito pré-natal, sendo uma fez apenas 5 consultas, duas fizeram 6 consultas e uma fez 7 consultas, podemos considerar que 75% das puérperas realizaram seis ou mais consultas, corroborando com o preconizado pelo ministério da saúde, também preconizado pelo rede cegonha, o que reduz bastante o risco de no parto e nascimento para o recém-nascido. Sobre os recém-nascidos participantes da pesquisa 50% eram do sexo feminino. O peso variou de 1.250g a 3.380g sendo que o baixo peso pode um fator de risco para o aparecimento de morbidades. A idade gestacional ficou no intervalo de 33 a 39 semanas. Sendo que 75% podem ser considerados prematuros. Os motivos de internação relatados na pesquisa foram asfixia grave ao nascer com 75% dos casos e prematuridade com 25% dos casos. **Conclusão:** É necessário que mais estudos sejam voltados para analisar e tentar compreender o processo de trabalho que envolve o binômio mãe-filho nesse contexto de internação em unidades de terapia intensiva neonatal, além de fortalecer os registros a cerca dos atendimentos e assistência prestada tanto aos recém-nascidos como aos familiares para que possamos identificar de fato tudo que esta sendo feito no quesito assistência a família. Trabalhar a humanização nos serviços é sempre pertinente e confere maior qualidade na assistência prestada.

Palavras chaves: recém-nascidos, terapia intensiva neonatal, humanização.

INTRODUÇÃO

A capacidade que as mães têm de formar vínculos duradouros com seus filhos está entre as características essenciais da experiência humana. Este compromisso emocional, também denominado de apego, impulsiona a mãe a oferecer condições facilitadoras ao crescimento e desenvolvimento do filho, com implicações físicas e emocionais ao longo da vida (Carmona EV et al, 2014).

As mulheres iniciam o processo de apego ao filho durante a gravidez, o que continua e se intensifica após o nascimento e ao longo de todas as interações que ocorrerão. Geralmente, as mães esperam sentir-se naturalmente vinculadas aos bebês logo após o nascimento. No entanto, este não se trata de algo automático e, para favorecer sua ocorrência, devem ter oportunidades de contato com o filho, evitando-se situações que limitem ou interfiram no processo de contato entre ambos. Portanto, o desenvolvimento do apego trata-se de uma experiência profunda e complexa que requer contato físico precoce (Carmona EV et al, 2014).

Por causa das intercorrências relacionadas à gravidez e ao momento do parto, muitos recém-nascidos (RNs) são acometidos de distúrbios metabólicos e respiratórios, acompanhados de dificuldade em alimentar-se e em regular a temperatura corporal. Tais diagnósticos requerem internação imediata em unidades de tratamento e recuperação da saúde do neonato (Pimenta WC et al, 2013).

Dessa forma a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) surge como um ambiente onde utilizam técnicas e procedimentos sofisticados, que podem propiciar condições para a reversão dos distúrbios que colocam em risco a vida dos recém-nascidos (Pimenta WC et al, 2013).

A UTIN é um termo que carrega uma contradição, ao referir-se ao início da vida e ao risco de morte. Sobrevivência e desenvolvimento dependem do maquinário, de medicamentos e profissionais atuantes neste contexto e que se tornam o mundo do prematuro. Diferente do que acontecem com bebês saudáveis, eles têm seus ciclos regulados por contingências diferentes de suas necessidades. Dificilmente dormem sem ser acordados, a alimentação segue horários determinados e há interferências e estímulos constantes. O cuidado necessário à sua sobrevivência e desenvolvimento exige recursos expressivos com profissionais, instalações, equipamentos e tecnologia (Pimenta WC et al, 2013).

O fato de ter um bebê que não se aproxima das características idealizadas, além de gerar dúvidas acerca de sua sobrevivência é, várias vezes, associado a sentimentos de incapacidade, culpa e medo, o que poderá interferir no relacionamento com o filho recém-chegado, mesmo que o processo não

seja plenamente consciente para os pais, assim afetando diretamente a relação entre eles (Pimenta WC et al, 2013).

A hospitalização é vista como algo negativo, que desperta diversos sentimentos, desde alívio em certos casos, até ameaçador em outros. No decorrer da gestação as mães sonham com um nascimento perfeito, a amamentação, os cuidados com o recém-nascido e a alta hospitalar levando o filho para casa (Pimenta WC et al, 2013).

Deste modo, o ambiente necessita de profissionais sensibilizados para o acolhimento amoroso do recém-nascido, as pessoas devem cultivar o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica onde o profissional e o recém-nascido, possam juntos estimular e serem estimulados na busca do bem estar e, favorecendo a criação do vínculo pais-bebê, sabendo que este vínculo é fator protetor do desenvolvimento cerebral, previne distúrbios psiquiátricos, abandono e maus-tratos (Pimenta WC et al, 2013).

Deste modo, incentivar a participação das mães nos cuidados ao filho internado na UTIN é muito importante, pois serão esses contatos que garantirá a continuidade do vínculo que se inicia nos primeiros momentos após o parto (Pimenta WC et al, 2013).

A necessidade de mudar o tradicionalismo do cuidado centrado na doença para uma nova abordagem cujo, o núcleo é a família como centro do cuidado da enfermagem devido os impactos que a internação pode gerar na família, fazendo aflorar sentimentos como o medo, a ansiedade, a angústia, a sensação de impotência, entre outros (Pimenta WC et al, 2013).

Na condição de mãe acompanhante do filho na UTIN, a mulher é submetida à rotinização hospitalar e afastada do seu convívio familiar e social em detrimento da priorização do cuidado ao filho hospitalizado. Nesse contexto, surgem os conflitos e as dificuldades, muitas vezes decorrentes das relações conflituosas com os profissionais de saúde, tornando a permanência materna hospitalar desagradável, além de despertar sensações de sofrimento e tristeza (Souza NL et al, 2010).

Comumente, essa situação se agrava quando os profissionais de saúde deixam de valorizar o paradoxo de sentimentos que cerca a mãe, que sofre por retardar o contato precoce com o filho, privando-se de tê-lo nos braços para acariciá-lo em sua chegada ao mundo. Daí a necessidade de um atendimento humanizado e acolhedor, de forma que as mães se sintam inseridas na atenção e cuidado por parte da equipe neonatal (Souza NL et al, 2010) ¹.

Nas últimas décadas, o governo brasileiro implantou diversas medidas de intervenção visando reduzir a taxa de mortalidade neonatal. Entre essas ações, destacam-se a qualificação da assistência pré-natal e ao parto e a sistematização da assistência ao recém-nascido na sala de parto e na unidade neonatal (Ministério da Saúde, 2017).

Na busca de uma assistência voltada à humanização do atendimento nas unidades neonatais, equipes de neonatologistas propuseram intervenções, centradas na presença da mãe e da família como participantes do cuidado do recém-nascido. Os resultados dessa interação precoce, com o bebê ainda internado na UTI neonatal, documentaram maior desenvolvimento global da criança, sua futura interação social e desempenho escolar (Ministério da Saúde, 2017).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (Costa MCG, Arante MQ, Brito MDC, 2010).

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (Costa MCG, Arante MQ, Brito MDC, 2010).

É preciso resgatar valores humanísticos perdidos pela cultura organizacional das instituições de saúde, que estão voltados para a mecanização do trabalho, do tecnicismo e da patologia, perdendo de vista vivências importantes para a realização do cuidado a saúde humanizada (Lima AC et al, 2013).

A hospitalização do recém-nascido em uma UTI Neo gera nas mães sentimentos de tristeza, medo e estresse, justo porque elas se encontram fragilizadas e inseguras quanto à vida de seu filho. A internação do recém-nascido promove desequilíbrio emocional nos pais, os quais podem se desestruturar e criar fantasias ameaçadoras em relação ao ambiente da UTI Neo, na qual se pode induzir uma desorganização emocional, tornando-os ansiosos e impacientes (Rolim KMC et al, 2016).

Por conta disso, durante a hospitalização do recém-nascido, é de profunda importância a humanização da assistência à família e ao bebê, oferecendo cuidados integrais para ambas as partes, valorizando suas crenças e valores, lembrando que cada ser é único (Rolim KMC et al, 2016).

A humanização contribuirá para o desenvolvimento e evolução do recém-nascido e ajudará a minimizar elementos que possam ser provocados pela hospitalização, garantindo qualidade e eficiência no tratamento (Rolim KMC et al, 2016).

No entanto, para que a assistência ao RN no ambiente da UTI Neonatal ocorra de forma humanizada, deve-se, em parte, sensibilizar o enfermeiro sobre a importância do contato precoce e contínuo entre pais e filhos, bem como incentivá-los a participar da assistência prestada à criança, ensinando-os como realizar os cuidados e, principalmente, oferecer o apoio psicológico de que necessitam (Rolim KMC et al, 2016).

Diante disto, ressaltamos a importância de valorizar o primeiro contato dos pais com o RN internado, incentivando-os a tocar e conversar com o filho, chamando-o pelo nome. Outro tema importante a ser considerado no tratamento do RN é diminuir a ansiedade dos pais por meio do fornecimento de informações, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem (Rolim KMC et al, 2016).

Consciente dessa situação que envolve as mães de bebês internados em UTI Neonatal consideramos relevante desenvolver um estudo dessas experiências, sentimentos e expectativas por elas sentidas, baseado em seu imaginário, e propor mudanças na metodologia de uma assistência que demonstre o papel da mãe frente à recuperação e promoção da saúde de seu filho (Nunes NP et al, 2015).

A pesquisa objetiva conhecer os perfis de sentimentos expressos pelas mães que tiveram seus filhos internados na UTI Neonatal. Bem como é feita abordagem de acolhimento pelo enfermeiro do setor segundo as mães entrevistadas, investigar como é ofertado o suporte as mães com filhos internados na UTI Neonatal e conhecer como as mães classificam o atendimento ofertado aos seus filhos.

METODOLOGIA

O Estudo foi realizado com quatro mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal em um hospital filantrópico do nordeste paraense, no Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria- HSAMZ, localizado em Bragança, Pará. A pesquisa foi aprovada com parecer nº2.495.108 e CAAE:76102317.3.00005172 pelo comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa escolhida por trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e

atitudes e por privilegiar as opiniões e os sentimentos vivenciados pelos sujeitos da pesquisa (Nunes NP et al, 2015).

O estudo foi realizado com 04 mães, levando em consideração a lotação da UTI Neonatal. Elas foram entrevistadas utilizando uma ficha semi-estruturada com perguntas fechadas e cinco perguntas abertas que serviram de base para construção dos perfis de sentimentos maternos, além dos perfis maternos e neonatais descritos de acordo com os itens do apêndice B. A entrevista foi gravada com autorização prévia das participantes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

As mães foram identificadas por meio dos códigos M01 que significa Mãe número 1 e assim em diante, conforme ordem de realização das entrevistas, respeitando a sua integridade intelectual, social e cultural (Bardin L, 2009).

Foi utilizado como critério de inclusão a mãe ser maior de 18 anos, ter um filho recém-nascido internado na UTI Neonatal por mais de 24 horas, concordar em participar da entrevista assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Os critérios de exclusão levou em consideração mães que não possuísem doença ou déficit cognitivo que impedisse a entrevista e dificultasse a compreensão dos conteúdos abordados na pesquisa, não ser alfabetizada, mães hospitalizadas por doenças infectocontagiosas ou em estado grave. Na pesquisa tivemos quatro mães excluídas, uma por tempo de internação inferior a 24 horas, uma que se recusou a participar da pesquisa e outra mãe que não conseguiu entender o processo da pesquisa.

Os riscos para o desenvolvimento desse estudo são mínimos, referente à possível falha no sigilo das informações obtidas na gravação da entrevista ou divulgação de dados pessoais das entrevistadas e para prevenir essa perda de sigilo na gravação as mães serão chamadas por uma numeração aleatória que será descrita na ficha de entrevista, preservando a identificação do participante.

Como benefício da pesquisa para a participante apontamos que não haverá qualquer gasto monetário com a participação da mesma na pesquisa, ela ainda poderá a qualquer momento, retirar seu consentimento ou deixar de participar sem que haja penalização alguma. Os resultados serão divulgados para comunidade científica e em geral local podendo servir de base para melhoria dos serviços prestados no setor de saúde do hospital e da região. Será de grande importância na aprendizagem e no crescimento científico sobre a temática em questão.

Para realizar a análise dos dados optamos pela técnica de análise de conteúdos. Visando uma melhor análise dos conteúdos que serão obtidos dentro da técnica temática de análise categorial por ser uma

das formas mais utilizadas nas pesquisas qualitativas em saúde (Ronaldo José Seramin & Silvana Anite Walter, 2017).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de “análise das comunicações” que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Essa afirmação é contestada pela própria Bardin, ao referir que não é um conceito suficiente para definir análise de conteúdo, aduz, ainda, que a intenção é inferir conhecimentos relativos às condições de produção (ou de recepção, eventualmente), que pode ocorrer por meio de indicadores quantitativos ou não. A análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade (Ronaldo José Seramin & Silvana Anite Walter, 2017).

Uma característica da análise de conteúdo qualitativa é que o método, em grande parte, concentra-se sobre o assunto e contexto e enfatiza as diferenças e semelhanças entre os códigos e as categorias, para tanto, analisando o conteúdo manifesto e latente num texto. O conteúdo manifesto, ou seja, o que o texto diz, é frequentemente apresentado em categorias, enquanto que os temas são vistos como expressões do conteúdo latente, ou seja, sobre o que o texto está (Ronaldo José Seramin & Silvana Anite Walter, 2017) .

Prosseguindo as etapas propostas pelo método escolhido as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando as palavras textuais dos sujeitos, mesmo com as incorreções e concordância com a finalidade de preservar os aspectos relativos à subjetividade. As gravações foram destruídas, posteriormente a transcrição das falas nas entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características maternas como idade, localidade, estado civil, realização de pré-natal e número de consultas no pré-natal dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, estão representados na Tabela 1.

Tabela 1- Dados maternos colhidos na UTI Neonatal no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, Bragança, PA, Brasil, 2018.

Variável	Genitora		
		n=04	100%
Idade Materna	17 anos	01	25,0
	26 anos	01	25,0
	29 anos	01	25,0
	30 anos	01	25,0
Estado Civil	Casada	01	25,0
	Solteira	03	75,0
Localidade	Bragança	02	50,0
Município	Igarapé-Açu	01	25,0
	Viseu	01	25,0
Pré-natal	Sim	04	100,0
	Não	00	0,0
Nº de consultas	5 consultas	01	25,0
	6 consultas	02	50,0
	7 consultas	01	25,0

Fonte: dados da pesquisa

Foram entrevistadas quatro puérperas com idade que variou de 17 a 30 anos. Destas, apenas uma era casada, moradoras dos municípios de Bragança duas puérperas, uma de Igarapé-Açu e uma de Viseu. Retratando bem a realidade da demanda que vem dos municípios próximos de Bragança.

Todas informaram terem feito pré-natal, sendo uma fez apenas 5 consultas, duas fizeram 6 consultas e uma fez 7 consultas, podemos considerar que 75% das puérperas realizaram seis ou mais consultas, corroborando com o preconizado pelo ministério da saúde, também preconizado pelo rede cegonha, o que reduz bastante o risco de no parto e nascimento para o recém-nascido(Lima AC et al, 2013).

As características dos recém-nascidos quanto ao peso, ao sexo, a idade gestacional e ao motivo da internação na UTI Neonatal estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2- Dados neonatais colhidos na UTI Neonatal no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, Bragança, PA, Brasil, 2018.

Variável		Recém-nascidos	
		N=04	100%
Sexo	Masculino	02	50,0
	Feminino	02	50,0
Peso g=gramas	1.250g	01	25,0
	1.750g	01	25,0
	3.055g	01	25,0
	3.380g	01	25,0
Idade Gestacional	33 semanas	01	25,0
	35 semanas	01	25,0
	37 semanas	01	25,0
	39 semanas	01	25,0
Motivo da internação	Asfixia grave ao nascer	03	75,0
	Prematuridade	01	25,0

Fonte: dados da pesquisa

Sobre os recém-nascidos participantes da pesquisa 50% eram do sexo feminino. O peso variou de 1.250g a 3.380g sendo que o baixo peso pode um fator de risco para o aparecimento de morbidades. A idade gestacional ficou no intervalo de 33 a 39 semanas. Sendo que 75% podem ser considerados prematuros.

Os motivos de internação relatados na pesquisa foram asfixia grave ao nascer com 75% dos casos e prematuridade com 25% dos casos.

SENTIMENTOS DE MÃES FRENTE À INTERNAÇÃO DE SEUS FILHOS NA UTIN

Foram entrevistadas 04 mães que estavam com seus filhos internados na UTI Neonatal no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. As mesmas responderam há cinco perguntas.

Com relação a notícia da internação do neonato na UTIN pode despertar muitos sentimentos nas mães. Os sentimentos expressos foram de sensação de perda, tristeza, choro, duvida sobre o estado

de saúde do filho e esperança. Esses sentimentos podem influenciar na perda do vínculo afetivo mãe-filho (Lima AC et al, 2013).

Em relação aos sentimentos das mães seguem os seguintes relatos a primeira pergunta: M01 *"E eu me senti mal, toda mãe se sente vendo o seu filho lá, chorei muito."* M02 *"Foi a minha pior experiência pensei que ele ia morrer."* M03 *"Não entendi logo o que estava acontecendo, mas foi ruim ver meu filho dentro daquela coisa."* M04 *"Ainda penso nisso, quando lembro que ele podia morrer e fiquei triste e feliz em saber que ela iria ser cuidada."*

Estudam apontam que o acolhimento de mães que vivem dificuldades para visitar os filhos são mais sensível à forma como são tratadas pelos profissionais de enfermagem e pela equipe de saúde em geral; portanto, comportamentos não favoráveis e/ou poucos receptivos fazem com que visitem ainda menos os filhos (Carmona EV et al, 2014). Os relatos das puérperas com relação ao acolhimento revelou que 75% das mães receberam um bom acolhimento pelas enfermeiras do setor como esta expresso nas falas: M01 *"Ah! Fui acolhida muito bem, tipo assim muita coisa mesmo era bacana eles me levaram lá."* M02 *"Elas me ajudaram a entender a situação da minha filha, me deram apoio muito mesmo."* M03 *"Não sei como foi com as outras mães, mas eu fui mal recebida por uma enfermeira não sei o nome dela, mas não gostei de como ela me atendeu."* M04 *"Só posso agradecer por tudo que elas fazem por meu filho e por mim, não sabia amamentar e elas me ensinaram."*

As informações ofertadas à mãe no momento da internação podem reduzir bastante os sentimentos negativos frente à internação de seu filho, os profissionais devem estar preparados a lidar com esse momento (Lima AC et al, 2013). As falas seguintes expressam e elas receberam explicações sobre o estado de saúde dos seus filhos, sendo que 75% receberam algum tipo de informação como podemos verificar: M01 *"Sim, a enfermeira me explicou tudo."* M02 *"Sim, mas não entendi no início."* M03 *"Não recebi explicações no primeiro dia, só depois quando perguntei para a enfermeira."* M04 *"Me disseram que o problema era grave, mas não entendi muito bem."*

Partindo do contexto do tratamento na área hospitalar a família também precisa de uma assistência humanizada e, sobretudo individualizada, pois já estão em um ambiente totalmente novo e estranho que precisam estar par poder conviver com seus filhos (Albert J et al, 2014). Dentro desse tema lançamos outro questionamento sobre o apoio oferecido pelo hospital para que a mãe de recém-nascidos internados pudesse permanecer junto a seus filhos e tivemos como respostas que apenas 25% das mães não receberam apoio do hospital: M01 *"Sim."* M02 *"Não nenhuma ajuda."* M03 *"Me colocaram numa casa de apoio."* M04 *"Sim recebi, fiquei em uma enfermaria por uma semana."*

As mães na sua maioria relataram que classificaram o atendimento dado a seus filhos com bom o que pode ser expresso nas falas transcritas a seguir que corroboram com o autor (Albert J et al, 2014). Na ultima pergunta as resposta foram: M01 "*Bom, ótimo*" M02 "*Bom atendimento.*" M03 "*Bom, mas precisa melhorar* " M04 "*Muito bom.*"

CONCLUSÃO

Por meio dessa pesquisa, observou-se que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal gera sentimentos negativos a principio nas mães que vivenciam o processo de internamento, bem como sentimentos de esperança. E a qualidade do cuidado da prestado aos neonatos deve alcançar às mães, pois as mesmas são de extrema importância para a sobrevivência de seus filhos (Neto MP, Silva VG, Dutra LP, 2017).

É necessário que mais estudos sejam voltados para analisar e tentar compreender o processo de trabalho que envolve o binômio mãe-filho nesse contexto de internação em unidades de terapia intensiva neonatal, além de fortalecer os registros a cerca dos atendimentos e assistência prestada tanto aos recém-nascidos como aos familiares para que possamos identificar de fato tudo que esta sendo feito no quesito assistência a família.

Trabalhar a humanização nos serviços é sempre pertinente e confere maior qualidade na assistência prestada. O vínculo que a mãe precisa ter com o filho perpassa pelo acolhimento que ela recebe, pois se for bem acolhida terá vontade de voltar ao setor e, por conseguinte ficará mais próxima de seu filho.

A conclusão desta pesquisa foi extremamente gratificante, pois encerra um período de estudos e incentiva outros colegas da área a investigar o processo de assistência voltado aos pais dentro dos serviços de UTI Neonatais na região e no país.

REFERÊNCIAS

Albert J et al. Percepção dos Pais Frente a Assistência dos Profissionais da Saúde na Uti Neonatal do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. FIEP BULLETIN - Volume 84- Special Edition - ARTICLE II, 2014.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

Carmona EV et al. Percepção Materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014-set-out, 67(s)788-93.

Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]. 2010 out/dez; 12[4]:698-704.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf.>Acessado em: 24/08/2017.

Lima AC et al. ,Sentimentos maternos frente à hospitalização de um Recém-nascido na uti neonatal. Revista Fac. Ciência Méd. Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 112 - 115, 2013.

Neto MP, Silva VG, Dutra LP. Percepção de mães de recém-nascidos prematuros sobre o cuidado intensivo neonatal. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.11, N. 38., 2017.

Nunes NP et at. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Brasileira Promoção a Saúde, Fortaleza, 28(3): 387-393, jul./set., 2015.

Pimenta WC at al. Percepção das mães no processo de hospitalização do filho prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. Revista Digital. Buenos Aires,

Ano 17, nº178, 2013.

Ronaldo Jose Seramim & Silvana Anita Walter. O que Bardin diz que os autores não mostram: Estudo das Produções Científicas Brasileiras do período de 1997 a 2015. Administração: Ensino e Pesquisa Rio de Janeiro v. 18b nº 2 p. 241–269 mai-ago 2017.

Rolim KMC et al. Imaginário de mães da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. Enfermagem. Foco, 2016; 7(1):42-46.

Siqueira, Marly Beserra de Castro & Dias, Marcos Augusto Bastos. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. Revista Epidemiologia e Serviço de saúde. V20. n. 1, Brasília.mar 2011.

Souza NL et al. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. Revista Mineira de Enfermagem. vol.14.2, 2010.

Capítulo 4

10.37423/210904755

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA ADULTA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Dilmara Pineheiro Carvalho

Maternidade Climério de Oliveiraa, Salvador, Bahia, Brasil

Carleone Vieira dos Santos Neto

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

Gabriel Brasil Gil

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

Jeniffer Santos Davi

Qualivida

Tamires Jesus Sousa

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Antonio Vitor Soares da Silva

Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia Brasil

Solange Lopes França

Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, Bahia, Brasil.

Anna Paula Matos de Jesus

Hospital Geral Cleriston Andrade

Leilane Nascimento da Conceição

Hospital Geral Roberto Santos

Daniela Sena de Araújo

SAMU, Salvador, Bahia, Brasil

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia de trabalho fundamental para nortear as ações do cuidado de enfermagem ao indivíduo no contexto saúde-doença tendo como objetivo reunir as atividades de enfermagem para que não sejam feitas de forma isolada e façam parte de um processo. Este é denominado processo de enfermagem, podendo ser compreendido como um instrumento de trabalho da enfermagem, orientado pelo menos por uma teoria, sendo composto por etapas ordenadas, dinâmicas, interacionadas e independentes podendo ocorrer em qualquer cenário da atenção direta ao cliente (TANURE, PINHEIRO, 2021). A SAE favorece uma prática assistencial pautada no conhecimento científico contribuindo positivamente para o paciente, família, a equipe de enfermagem bem como para o serviço de saúde, tendo como foco o cuidado e na segurança do paciente (BRASIL, 2014). O cuidado é a nossa prática e se caracteriza por ações e comportamentos realizados na intenção de favorecer, manter e melhorar o processo de viver-morrer, proporcionando atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais das pessoas (TANURE, PINHEIRO, 2021).

Dessa forma, com o processo de enfermagem, os enfermeiros têm condições de gerenciar os riscos que os pacientes encontram expostos, uma vez que existem linguagens padronizadas para nomeá-los que devem ser utilizadas para favorecer a comunicação entre os profissionais e à obtenção e o monitoramento de indicadores de resultados em saúde. (CHANES, 2018). Indicadores de resultados são utilizados para nortear os processos e ações bem como à educação permanente e continuada de modo a prestar à melhor assistência e minimizar os incidentes relacionados ao cuidado à saúde.(BRASIL, 2014).

Cabe enfatizar que esses incidentes são circunstâncias que podem não atingir diretamente o paciente (near miss), atingi-los sem causar nenhum dano (incidente sem lesão) ou em resultar em comprometimentos desnecessários que chamamos de eventos adversos, causando danos que prolonga o tempo de internamento, promove incapacidades e até óbitos (BRASIL, 2014). Sabemos que erros culminam em eventos adversos, mas nem todo evento adverso são resultantes de erro (SILVA et al., 2015). À compreensão do conceito de erro é necessária para que sejam pensadas estratégias de prevenção, sobretudo aos eventos adversos evitáveis.

Desde 460 à 360 a.c., Hipócrates cunhou o postulado *non nocere*, que significa primeiro não cause dano. No final do século passado Avedis Donabedian estabeleceu os sete atributos do Cuidado à saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade

e equidade de forma a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde. (BRASIL, 2014). Isso porque o Institute of Medicine apresentou um relatório “To err is human” sobre efeitos adversos que nos EUA chegam à 98000 mortes por erros na assistência. Esses números geram impactos por ultrapassar às mortes no trânsito, câncer e HIV além de onerar os cofres públicos em 29 milhões de dólares anualmente (SILVA et al., 2015). Cabe destacar que em 2013, à Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) instituiu o programa nacional de segurança do paciente com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde com instituição de seis protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência (1- Identificação correta do paciente, 2- melhoria da comunicação entre profissionais de saúde, 3- melhoria da segurança dos medicamentos de alta vigilância, 4- realização da cirurgia certa em local de intervenção e pacientes corretos, 5- Higienização das mãos com mais frequência para prevenir infecções, 6- Redução da ocorrência de quedas) (BRASIL, 2014).

Considerando a necessidade constante de mudança e melhoria na assistência à saúde, as quais vem sendo influenciadas pelo contexto histórico, político, econômico, cultural e social, o processo de enfermagem vem sendo aprimorado (CHANES, 2018). Por seguinte, o processo de enfermagem é auferido pelo Conselho de Enfermagem que o denomina Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), considerando esta ser uma atividade privativa da enfermeira (o), regulamentada pela Lei do exercício profissional (BRASIL, 1986), complementada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2009). Logo, a SAE emerge como ferramenta operacionalizadora do processo de enfermagem, através da organização do trabalho, quanto ao método, instrumentos e pessoal, devendo ser realizada em todos os ambientes, públicos ou privados, no qual ocorre o cuidado de enfermagem (BRASIL, 2009). Consequentemente, o processo de enfermagem através da SAE, é um método para atender o outro de forma mais organizada e sistemática alicerçado nas seguintes etapas: histórico; diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (ROTHROCK, 2007). Já a teoria de enfermagem funciona como um alicerce estrutural para implementar a SAE, considerando a importância de um marco conceitual que fundamente o cuidado e organização que o serviço almeja alcançar (TANURE, PINHEIRO, 2021). A partir dos pressupostos da teoria empregada, a enfermeira pode alinhar as atividades assistenciais e gerenciais, possibilitando a implementação de cuidados efetivos, eficientes, com foco no paciente e seguros.

Esse trabalho teve como objetivo descrever a atuação da enfermeira na sistematização da assistência de enfermagem voltado para a segurança do paciente no contexto hospitalar. Espera-se que, com o

alcance desse objetivo, as (os) enfermeiras (os)/ acadêmicas (os) de enfermagem consigam melhor organizar um cuidado de qualidade prestado a pacientes minimizando complicações.

METODOLOGIA

O presente estudo de caso, de caráter descritivo, trata-se de um relato de experiência que busca compreender e considerar a complexidade do ser humano, contribuindo para a aproximação da teoria com a prática. Este relato poderá subsidiar a qualidade do cuidado em saúde através da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), voltado para a segurança do paciente no contexto hospitalar.

Foi utilizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente com choque séptico pautado nas seguintes etapas: 1) Histórico de Enfermagem: que se constitui pela coleta de dados do paciente e a busca por informações básicas sobre o mesmo através de anamnese e exame físico, afim de definir os cuidados da equipe de enfermagem; 2) Diagnóstico de Enfermagem: processo de agrupamento e interpretação dos dados coletados promovendo o levantamento de problemas e a adequação desses à diagnósticos que vão nortear as intervenções de enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem: nesta etapa são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias para tanto; 4) Implementação de Enfermagem: é a etapa de realização das ações de intervenção pensadas na etapa anterior; 5) Avaliação de Enfermagem: esta última trata do registro das ações de intervenção e de uma análise reflexiva sobre a efetividade e resultados dessas medidas, afim de que a assistência se aprimore (CHANES, 2018)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de enfermagem é um desafio desenvolver habilidades intelectuais, técnicas e interpessoais para ações sistêmicas que viabilizem reduzir desfechos desnecessários (LEOPARDI, 1999). O PE é uma importante ferramenta de organização e documentação para à prática profissional, sendo que seu emprego possibilita coleta de informações de uma forma fidedigna assegurando à gestão de riscos e à promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

A coleta de dados ou histórico de enfermagem é à primeira fase do processo de enfermagem . Vale ressaltar que nessa etapa é necessário considerar as informações que permeiam as dimensões subjetivas, objetivas, históricas e atuais da vida dos indivíduos. É um momento importante de contato e imersão com as crenças e costumes, hábitos e necessidades do outro (MAZONI, ET AL., 2010)

É necessário, estar atenta às essas informações, dentre outras, como estado emocional e as condições de entendimento do individuo quanto ao procedimento a ser realizado, bem como envolver a família no processo do cuidado.

Para tanto, a comunicação entre profissional e individuo deve se dar de maneira dialógica e negociada possibilitando a construção de um saber sobre o processo-saúde e doença mútuo (NANDA, 2018-2020). Desse modo, a enfermeira pode apropriar-se dos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e assim, planejar suas ações em consonância com as necessidades, na perspectiva do fomento a autonomia e consequente melhoria e manutenção da saúde. A coleta de dados refere-se a coleta de informações sobre o estado de saúde a partir de dados coletados de forma direta ou indireta (outras fontes como familiares, amigos, prontuário). Nessa etapa o enfermeiro identifica indícios e realiza inferências. Após essa etapa é importante a confirmação dos dados e posterior agrupamento a depender da teoria utilizada, identificando os fatores causais e comunicando e registrando os dados em prontuário para se assegurar da continuidade da assistência (TANURE, PINHEIRO, 2021). Salienta-se que essa investigação deve ser guiada por teorias de enfermagem, inclusive com instrumento de coleta de dados, normas, rotinas e protocolos inerentes a mesma. O exame físico segue as etapas de observação, inspeção, percussão e ausculta. É o exame físico quem vai dar os subsídios sobre as características fisiológicas da pessoa

Com base nos dados do histórico a enfermeira poderá formular os diagnósticos de enfermagem com base na análise clínica e reflexiva das informações retidas. Cabe ressaltar que a realização do histórico precede de um roteiro que auxilia e ordena a enfermeira para a coleta, validação, agrupamento e registro dos dados (ROQUE et al., 2016)).

Assim, ao término da coleta de dados, a enfermeira resume para o indivíduo o que foi dito, abrindo espaço para esclarecimentos e negociação, oportunizando a realização da educação em saúde já desde o início do processo (SHARON, 2013).

A 2ª etapa do PE corresponde ao diagnóstico de enfermagem estão ligados aos problemas encontrados e a elaboração de diagnósticos conforme adaptação positiva ou negativa do paciente, problemas potenciais e situações de bem estar referentes as condições biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, uma vez que o foco do atendimento é a pessoa e não a doença. Essa etapa culmina na tomada de decisão ou seja: as respostas da pessoa, família ou coletividade humana que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Cabe salientar que os diagnósticos devem ser apresentados por prioridade e o grande

diferencial do enfermeiro para o médico é eles diagnosticam doenças e nós diagnosticamos respostas humanas decorrentes de problemas de saúde e processos de vida, Essa fase será baseada na taxonomia II da NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association*) e deverá pautar-se nos quatro modelos de adaptação. A estrutura do NANDA-I contém sete eixos ou dimensões da resposta humana. Na taxonomia atual são organizados e aprovados 244 diagnósticos, distribuídos em 13 domínios e 47 classes. O diagnóstico de enfermagem é formado de componentes estruturais: título do diagnostico, definição, fatores relacionados, características definidoras, condições associadas, fatores de risco e população em risco. Estes componentes estruturais irão compor 3 tipos (1- Diagnostico com foco no problema- composto de título, fator relacionado e característica definidora, 2- Diagnósticos de risco- composto de título e fatores de risco e diagnósticos de promoção a saúde- composto de título, fator relacionado e característica definidora).

Cabe salientar que um diagnóstico de enfermagem de risco diz respeito à susceptibilidade de um indivíduo, família ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável à uma condição de saúde/ processo de vida. Algo a se refletir é que os riscos potenciais são tão importantes quanto os problemas, haja vista que o enfermeiro irá implementá-lo para solucionar.

Os principais diagnósticos de enfermagem elaborados pensando em riscos são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito.

Risco de quedas devido à idade avançada.

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação.

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas.

A 3ª etapa do PE corresponde ao estabelecimento das metas são os resultados esperados ou comportamento final que se deseja alcançar. Essa fase é realizada após formular os diagnósticos estabelecendo objetivos e resultados esperados, e implantação e desenvolvimento de intervenções específicas. As intervenções de enfermagem são realizadas por meio das prescrições de enfermagem, com base no planejamento realizado (SHARON, 2013).

O resultado esperado deve ter relação com o diagnóstico de enfermagem, ser centrado no paciente, ser alcançável, conter limite de tempo, ser mensurável e ser objetivo. O registro e o monitoramento dos resultados esperados (RE) possibilitam obter indicadores capazes de apontar o quanto a equipe

de enfermagem contribui para o atendimento das necessidades apresentadas por aqueles que demandam seus cuidados. Dessa forma os profissionais de enfermagem devem: evitar que os diagnósticos de risco evoluem para problemas, minimizar ou solucionar os problemas e manter um diagnóstico com foco na promoção. O resultado esperado deve ser pautado no Nursing Outcomes Classification (NOC), o qual é uma taxonomia complementar a taxonomia da NANDA-I, dividida em 7 domínios (saúde funcional, saúde fisiológica, saúde psicossocial, conhecimento em saúde, saúde percebida, saúde familiar e saúde comunitária) e 32 classes, com 490 resultados de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2011). Dessa forma o enfermeiro pode avaliar suas condutas, mantê-las ou modificá-las de modo a melhorar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. No que tange aos riscos uma média de 35% são diagnósticos de risco e se for trabalhar apenas com o domínio 11 do NANDA-I (segurança e proteção) serão um total de 16%. Os números demonstram que os enfermeiros vêm empenhando em situações de risco de modo a pensar práticas mais assertivas como à redução de eventos adversos.

Os resultados esperados são:

Risco de lesão por pressão evidenciado por restrição ao leito. RE- pele e mucosas não comprometidas.
Indicador- integridade tecidual não comprometida

Risco de quedas devido à idade avançada. RE- Ocorrências de queda: nenhuma; indicador: nenhuma queda da cama

Risco de infecção relacionado a agentes lesivos. RE- ocorrência de infecção: nenhuma. Indicador: nenhuma infecção hospitalar.

Risco de sangramento relacionado ao processo cirúrgico de grande porte. RE- Minimizar sangramentos. Indicador: nenhum sangramento.

Risco de solidão evidenciado pela necessidade de internação. RE- Envolvimento social melhorado. Indicador: maior envolvimento com a equipe e familiares

Risco de sentimento de impotência evidenciado pela necessidade de internação. RE. Sentimento de impotência melhorado. Indicador- resiliência pessoal

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas. RE- Saúde espiritual não comprometida. Indicador: interação com líderes espirituais não comprometidas.

A 4ª etapa do PE corresponde às intervenções ou os cuidados de enfermagem propriamente ditos para o alcance das metas.

Os cuidados relacionados aos diagnósticos são:

Risco de lesão por pressão- Monitorar a pele diariamente, aplicar escala de braden, instalar colchão caixa de ovo, coxins e coberturas para proteção de proeminências, mudança de decúbito a cada 2 hs.

Risco de quedas devido à idade avançada- manter grades elevadas, monitorar estado de consciência, avaliação pela escala de morse, manter a cama com grades elevadas, verificar a adequação do calçado e vestuário assim como proporcionar iluminação adequada a noite, verificar se os dispositivos de auxílio à marcha estão adequados, proporcionar corrimão dos quartos e banheiros.

Risco de infecção-Avaliar cateteres quanto a sinais sugestivos de infecção, troca de dispositivos conforme protocolo, avaliação de sonda vesical de demora, monitorar temperatura e exames laboratoriais que revelem leucometria elevada, dentre outros.

Risco de sangramento- Avaliar exames de tp e TTPA para avaliar risco de sangramento, suspender medicações anti agregantes plaquetárias antes da cirurgia, monitorar local de realização de cirurgias e o sangramento, monitorar à drenagem de drenos após cirurgia, verificar HB e Ht de controle.

Risco de solidão- Monitorar se o paciente tem sinais de tristeza pela falta de familiares, verificar necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros.

Risco de sentimento de impotência- Monitorar à necessidade de apoio psicológico, verificar com assistente social possibilidade de visitas com familiares ou chamadas de vídeo, dentre outros, explicar tudo sobre a patologia de modo que o paciente esteja à par para auxiliar no autocuidado.

Risco de religiosidade prejudicada evidenciado pela necessidade de participar de celebrações religiosas- Verificar possibilidade de trazer o padre no horário de visita junto à assistente social, deixar objetos de religiosidade como terços e similares, estimular à fé.

A 5ª etapa do PE, corresponde a 6ª fase do MAR ou avaliação refere-se ao julgamento da eficácia das intervenções propostas. Ressalta-se que essa etapa é um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Após a realização das intervenções, é realizado o acompanhamento e avaliação do cuidado ofertado verificando se algum resultado esperado não foi alcançado de modo

à modificar os cuidados prestados. (BRUNNER & SUDDARTH'S, 2018). Nos casos negativos, a enfermeira deverá avaliar novamente os resultados esperados e trabalhar junto com a equipe de saúde na formulação/mudanças nas ações para melhoria da condição de saúde deste indivíduo, e assim realizar o planejamento para a alta do indivíduo. A alta hospitalar é uma etapa importante da SAE, pois direciona o plano e a implementação das ações, no decorrer do período entre admissão e alta hospitalar, com a finalidade de prever a continuidade do cuidado ao cliente no domicílio (SHARON, 2013).

A enfermeira através da identificação das necessidades do indivíduo na coleta de dados durante o histórico desenvolve um plano de ação completo para melhoria da saúde dessa pessoa. O planejamento da alta é um acordo entre enfermeira, indivíduo e familiar desenvolvido ainda no hospital e que se estenderá à casa do indivíduo após sua alta. O planejamento da alta se torna uma estratégia de preparo do indivíduo e família para assumir responsabilidades pela continuidade do cuidado. Aspectos da educação em saúde são indispensáveis para a continuidade desses cuidados. A enfermeira durante o plano de alta, poderá formular um roteiro para ser entregue ao indivíduo contendo informações sobre o procedimento que fora realizado, os cuidados necessários além da orientação que qualquer alteração que seja identificada, retorne à unidade. A enfermeira desenvolve então seu planejamento visando adaptar o indivíduo promovendo medidas de enfrentamento a nova problemática (OLIVEIRA., et al., 2018).

Entretanto, apesar dos avanços no conhecimento científico e tecnológico do profissional de enfermagem e do desenvolvimento de ferramentas que viabilizam a melhoria do seu serviço, as ações da enfermeira na atualidade estão quase sempre estabelecidas no modelo assistencial hegemônico, seguindo uma lógica tecnicista e intervencionista. Deste modo, a SAE ocorre de maneira fragmentada e sem continuidade das ações e avaliação dos resultados esperados, observando o indivíduo apenas pelo problema de saúde exibido e, trabalhando só com as necessidades fisiológicas, sem se atentar para as necessidades sociais, espirituais e emocionais dos indivíduos.

Cabe ressaltar que a utilização da Prática baseada em evidências compreende o processo que integra a competência clínica individual e os resultados de pesquisa bem fundamentados (pautado em 5 etapas: definição do problema, identificação das informações necessárias, busca de estudos, avaliação da aplicabilidade dos dados obtidos e determinação de sua utilização para o paciente). Desta forma, urge que os enfermeiros realizem pesquisas para extrair os melhores níveis de evidência para prestar um cuidado seguro aos pacientes (TANURRE, PINHEIRO, 2021).

Nesse sentido destaca-se às questões de cunho gerencial que tem relação direta com o cuidado como à implementação de ferramentas como os “bundles”. Trata-se de um pequeno conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas para o segmento definido de pacientes ou processo assistencial, que quando aplicadas em conjunto, promovem resultados significativamente melhores do que os implementados individualmente. Os bundles são uma ferramenta usada para avaliar processos institucionais, cuja implantação possibilita à análise de indicadores que evidenciam à prática assistencial da equipe de saúde (OLIVEIRA., et al., 2018). Os enfermeiros dispõem de vários bundles para apoiá-los de modo a proporcionar benefícios à qualidade da assistência e segurança do paciente como: prevenção de infecção de corrente sanguínea e relacionado à sonda vesical de demora, prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica, redução de óbitos associados à sepse. Ao checar se as atividades propostas nos bundles estão sendo executadas, os enfermeiros acabam verificando se os cuidados de enfermagem prescritos estão sendo devidamente realizados. Para cada condição de risco em que um bundle é proposto, há pelo menos um diagnóstico de risco à ele vinculado (OLIVEIRA., et al., 2018).

Para além da SAE ser trabalhada pautada nos bundles com foco nas evidências, cabe salientar a importância da educação em saúde a qual se constitui uma ferramenta importante para melhoria do cuidado e das condições de saúde e vida. A educação em saúde desenvolvida pelo a enfermeira é garantida pela lei do exercício profissional no artigo 8ª, onde a enfermeira participa de atividades de educação em saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. (BRASIL, 2009). Além disso, o programa nacional de Segurança do paciente apresenta quatro eixos: (Estímulo a uma prática assistencial segura, Envolvimento do cidadão na sua segurança, Inclusão do tema no ensino e Incremento de pesquisa sobre o tema).

Ressalta-se que a notificação dos eventos adversos pela NSP é obrigatória conforme RCC 36/2013 deve ser realizado em formulários que não necessitem a identificação do paciente que sofreu um evento adverso e não será analisado individualmente e também não resultará em comissão aos envolvidos, tendo um cunho epidemiológico.

CONCLUSÃO

A temática segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura em prol de medidas que visam à redução de riscos de ocorrência de danos é pauta de discussão das agendas da Organização Mundial da Saúde (OMS), do judiciário e diversos serviços de saúde públicos e privados. Cabe salientar a

importância da criação de protocolos, planos de segurança do paciente, uso de indicadores da qualidade da assistência, criação de um núcleo de segurança do paciente, sistema de notificação de incidentes e notificação de eventos adversos regulamentado pela RDC 36/ 2013.

À segurança do paciente é reconhecida como uma dimensão da qualidade com ênfase em ações direcionadas às melhorias contínuas, na responsabilização pelo acesso e na efetividade da assistência agregada ao cuidado centrado no paciente e no respeito ao seu direito de sofrer um dano desnecessário associado ao cuidado à saúde. Urge que seja aplicada a SAE de modo a prestar uma assistência segura ao paciente no âmbito hospitalar.

REFERENCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CHANES, M. SAE Descomplicada. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.

LEOPARDI, M. T. Sister Callista Roy – teoria da adaptação. In: Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p.109-114.

MAZONI, Simone Roque et al . Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 2, p. 285-289, Apr. 2010

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020.

ROTHROCK, J. C. Alexander - Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROQUE, Keroulay Estebanez; TONINI, Teresa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 10, e00081815, Oct. 2016 .

SILVA, Natália Chantal Magalhães da; OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de. Conhecimento produzido sobre os resultados da "Nursing Outcomes Classification - NOC": revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 104-111, Dec. 2015

SHARON, L. L. et.al. Tratado de enfermagem médico cirúrgica: avaliação dos Problemas clínicos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013- 1802p

SMELTZER, S. C.; BARE, B .G. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2011.

TANNURE, MC, GONÇALVES, AMP. SAE - Sistematização Da Assistência De Enfermagem - 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; DAMASCENO, Quésia Souza; RIBEIRO, Silma M. C. P.. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. Healthcare-associated infection: challenges in its prevention and control 2018.