

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 2



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral 2



**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)**

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahel – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Profª Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E56	<p>A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-063-6 DOI 10.22533/at.ed.636200106</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*A Enfermagem e o Gerenciamento do Cuidado Integral*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 20 capítulos, o volume I aborda a atuação da Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Enfermagem em Urgência Emergência; Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem; Enfermagem em cuidados paliativos.

O volume I é dedicado principalmente ao público que necessita de assistência no âmbito hospitalar, bem como aos profissionais da área, abordando aspectos relacionados à qualidade da assistência e saúde ocupacional. Sendo assim, colabora com as mais diversas transformações no contexto da saúde, promovendo o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

As publicações tratam sobre ações gerenciais e assistenciais em enfermagem, bem como dificuldades assistências enfrentadas pela enfermagem, além de pesquisas que envolvem análise de fatores de risco para infecção, interação medicamentosa, dentre outras.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada e humanizada no que diz respeito, principalmente, ao paciente crítico, bem como um olhar reflexivo no que se refere à saúde ocupacional dos profissionais atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, além de fornecer ferramentas e estratégias de gestão e gerenciamento em saúde, disseminando o trabalho pautado no embasamento científico.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES MORADORAS DA ILHA DE COTIJUBA - PARÁ	
Shirley Aviz de Miranda Adriane Stefhani Cardoso Fonseca Ana Carla Muniz de Brito Camila Pimentel Corrêa Esther Miranda Caldas Júlia dos Santos Lisbôa Maria Paula dos Santos Sousa Bulhões Costa Thalyta Mariany Rego Lopes Ueno Paula Sousa da Silva Rocha	
DOI 10.22533/at.ed.6362001061	
CAPÍTULO 2	10
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DO PSF	
Natália Bastos Vieira dos Santos Nara Beatriz da Silva Andressa Lages Vieira Pâmila Taysa Nascimento Silva Alinne Campelo Terto Janaína Juvenete Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.6362001062	
CAPÍTULO 3	17
A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA NO ALOJAMENTO CONJUNTO	
Thaís Emanuele da Conceição Marcelle Campos Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.6362001063	
CAPÍTULO 4	24
ANÁLISE DO CLIMA ORGANIZACIONAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO SITUADO NO ESTADO DE MINAS GERAIS SOB A ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	
Michele Fabiana da Silva Eder Júlio Rocha de Almeida José Rodrigo da Silva Rosângela Silqueira Hickson Rios	
DOI 10.22533/at.ed.6362001064	
CAPÍTULO 5	37
CONTRIBUIÇÃO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO PARA REDUÇÃO DOS CASOS DE ÓBITO INFANTIL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Simone Souza de Freitas Fernando Matias Monteiro Filho Kaio Felipe Araújo Carvalho Ligiane Josefa da Silva Larissa Regina Alves de Moraes Pinho Milena Rafaela da Silva Cavalcanti Maiza Moraes da Silva	

Raniele Oliveira Paulino
Stefany Catarine Costa Pinheiro
Sarah Ellen Lopes de Albuquerque Alves e Silva
Sérgio Pedro da Silva
Vitória Andrade Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.6362001065

CAPÍTULO 6 53

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL: CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Maiara Carmelita Pereira Silva
Priscila Taciane Freitas Brandão
Amanda de Andrade Costa
Ricardo Soares de Oliveira
Valdirla Vieira de Oliveira
Aurelina Gomes e Martins
Carolina dos Reis Alves
Tadeu Nunes Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.6362001066

CAPÍTULO 7 65

ENSINO DA ÉTICA E BIOÉTICA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Larissa Coelho Barbosa
Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos
Nilton José Vitório Almeida
Edvirges Nogueira dos Anjos
Luciene Batista dos Santos
Angela Santiago Lima
Darci de Oliveira Santa Rosa

DOI 10.22533/at.ed.6362001067

CAPÍTULO 8 77

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES MATRICULADAS EM UMA ACADEMIA DE TREINAMENTO RESISTIDO

Virginia Januário
Hanna Matos Castro
Laura Maria de Moraes Almeida
Patrícia Lopes de Souza Freitas
Brunno Lessa Saldanha Xavier
Elizabeth Carla Vasconcelos Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.6362001068

CAPÍTULO 9 93

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Michelle Araújo Moreira
Beatriz dos Santos Andrade

DOI 10.22533/at.ed.6362001069

CAPÍTULO 10 106

FATORES INFLUENCIADORES FRENTE A POSIÇÃO DE ESCOLHA DE PARTO

Emylie Lechman Rodrigues
Laryssa De Col Dalazoana Baier
Ana Paula Xavier Ravelli
Elaine Cristina Antunes Rinaldi
Suellen Vienscoski Skupien

DOI 10.22533/at.ed.63620010610

CAPÍTULO 11 118

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO A PACIENTES COM DENGUE CLÁSSICA E DENGUE HEMORRÁGICA

Samira Coelho Abreu
Serlandia da Silva de Sousa
Ana Claudia Garcia Marques
Paulo Henrique Alves Figueira
Camila Maria Pinheiro de Mello e Silva
José de Ribamar Medeiros Lima Junior
Thaynara Helena Ribeiro e Silva Medeiros
Naine dos Santos Linhares
Ana Paula dos Santos
Leandro Silva Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.63620010611

CAPÍTULO 12 130

HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Maria Salomé Martins
Hariane Freitas Rocha Almeida
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos
Said Antonio Trabulsi Sobrinho
Bárbara Emanuelle Nunes Dutra
Maria Elza Rodrigues Câmara
Messias Lemos

DOI 10.22533/at.ed.63620010612

CAPÍTULO 13 140

MORTALIDADE MATERNA NO MARANHÃO: ESTUDO RETROSPECTIVO 2010 A 2018

Olivani Izabel Domanski Guarda

DOI 10.22533/at.ed.63620010613

CAPÍTULO 14 152

O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL - PA À LUZ DAS TEORIAS TRANSCULTURAL E AUTOCUIDADO

Camila Pimentel Corrêa
Celice Ruanda Oliveira Sobrinho
Júlia Santos Lisboa
Laura Arruda Costa
Ruth de Souza Martins
Milena Farah Damous Castanho Ferreira
Thalyta Mariany Ueno Lopes
Paula Sousa da Silva Rocha

CAPÍTULO 15 161

O PAPEL DO ENFERMEIRO E SEUS DESAFIOS FRENTE A HUMANIZAÇÃO AOS POVOS INDÍGENAS

Anna Karla dos Santos Ribeiro

Priscilla Correa Martins

Natália Nogueira

Bruno José Gaspar da Silva

DOI 10.22533/at.ed.63620010615

CAPÍTULO 16 166

PANORAMA DA SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Samuel Barroso Rodrigues

Danielle de Souza Campos Rodrigues

Rafaela Diniz Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.63620010616

CAPÍTULO 17 176

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VITÓRIA, ES

Magda Ribeiro de Castro

Crystiane Demuner Moraes

Carolina Falcão Ximenes

Gustavo Costa

Maria Lucia Costa de Moura

DOI 10.22533/at.ed.63620010617

CAPÍTULO 18 190

PLANO DE PARTO: EXPERIÊNCIA DE MULHERES NO CENÁRIO DO NASCIMENTO

Bruna Rodrigues de Jesus

Sara Lorena Gomes Rodrigues

Cynthia Santos Meireles

Diana Matos Silva

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Mirna Ingrid Rodrigues de Jesus

Elton Júnior Ferreira Rocha

Jozimara Rodrigues da Mata

Clara de Cássia Versiani

DOI 10.22533/at.ed.63620010618

CAPÍTULO 19 202

TUBERCULOSE PULMONAR EM MAIORES DE 60 ANOS NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Carlos Alberto Bassani Junior

Vânia Paula Stolte Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.63620010619

SOBRE A ORGANIZADORA..... 209

ÍNDICE REMISSIVO 210

CAPÍTULO 1

A PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL DAS ADOLESCENTES MORADORAS DA ILHA DE COTIJUBA - PARÁ

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 20/03/2020

Shirley Aviz de Miranda

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3573760433965247>

Adriane Stefhani Cardoso Fonseca

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/2281189061504447>

Ana Carla Muniz de Brito

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/5845725072087185>

Camila Pimentel Corrêa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/7398046497071612>

Esther Miranda Caldas

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/6871640554427889>

Júlia dos Santos Lisboa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –

Unifamaz

Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/1137387288301778>

Maria Paula dos Santos Sousa Bulhões Costa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3706859798369589>

Thalyta Mariany Rego Lopes Ueno

Universidade do Estado do Amazonas – UEA.
Manaus, Amazonas.

<http://lattes.cnpq.br/0358520630346001>

Paula Sousa da Silva Rocha

Centro Universitário do Estado do Pará
(CESUPA), Universidade do Estado do Pará
(UEPA).
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3929566584203932>

RESUMO: **Objetivo:** Relatar sobre experiência vivenciada durante uma ação educativa para meninas de 11 a 14 anos sobre educação sexual, identidade de gênero, e a utilização dos métodos contraceptivos para combater a gravidez precoce e IST's. **Detalhamento do caso:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelas acadêmicas do terceiro e quarto semestre do curso de bacharelado em enfermagem

de uma Instituição de Ensino Privada. Foi realizado no dia 26 de novembro de 2019 uma apresentação e exposição sobre a educação sexual e os métodos de prevenção de gravidez precoce e IST's, e também foi desenvolvida uma atividade expositiva com cartazes e imagens relacionadas ao estudo e dinâmicas em grupos. Ao suceder da apresentação, identificou-se o desconhecimento de informações suficientes na maioria dos estudantes. A experiência permitiu a construção conjunta de conhecimento sobre a educação sexual, descoberta do corpo feminino e suas possíveis formas de prevenção de uma gravidez indesejada e IST's. **Considerações finais:** O conhecimento sobre a educação sexual é de suma importância para a consolidação humana, para se tenha um maior esclarecimento sobre o seu corpo e seus respectivos desejos. Por fim, sensibilizamos as estudantes sobre a importância da aprendizagem da temática de forma a orientar sobre métodos de prevenção, sexualidade e ISTs.

PALAVRAS-CHAVE: Educação sexual, adolescente, gravidez na adolescência, educação em saúde, promoção da saúde.

THE PERCEPTION OF NURSING STUDENTS ABOUT THE SEXUAL EDUCATION OF ADOLESCENTS LIVING ON THE ISLAND OF COTIJUBA - PARÁ

ABSTRACT: :Objective: To report on the experience lived during an educational action for girls aged 11 to 14 about sex education, gender identity, and the use of contraceptive methods to combat early pregnancy and STIs. **Details of the case:** Descriptive study, type of experience report, carried out by academics in the third and fourth semesters of the bachelor's degree in nursing from a Private Education Institution. Was on November 26, 2019 a presentation and exhibition on sex education and methods of preventing early pregnancy and STIs, and an exhibition activity was also developed with posters and images related to the study and group dynamics. After the moment of the presentation, a lack of sufficient information was identified in most students. The experience allowed the joint construction of knowledge about sex education, discovering the female body and its possible ways to prevent unwanted pregnancies and STIs. **Considerations finals:** Knowledge about sex education is of paramount importance for the human consolidation, in order to have a better understanding of its body and their respective desires. Finally, we raise awareness among students about the importance of learning the theme in order to guide on methods prevention, sexuality and STIs.

KEYWORDS: Sex Education, Adolescent, Pregnancy in Adolescence, Health Education, Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

Há diferentes definições para o intervalo etário que caracteriza a adolescência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescente como o indivíduo no intervalo etário entre 10 e 19 anos, dividido em duas faixas: 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos completos, sendo caracterizada pela transição da infância para a fase adulta. A OMS define ainda juventude como o período de vida de 15 a 24 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) situa a adolescência entre os 12 anos completos e os 18 anos incompletos (FONTENELE; MIRANDA, 2017).

A adolescência é reconhecida por acentuadas transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e também sociais. Esta é um período de transição e com isso, a corporalidade assume um papel importante, devido às mudanças ocorrerem de forma rápida e marcante, podendo interferir de forma positiva ou negativa para o resto da vida do indivíduo. Nessa fase, há o despertar para o corpo e também para a sexualidade, no entanto, percebe-se que muitos adolescentes não possuem orientações sobre o corpo, a sexualidade, a importância da prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez indesejada durante as relações sexuais, além dos impactos de uma gravidez precoce (ALMEIDA REBECA *et al* , 2017).

Com isso, fica evidente que as práticas sexuais sem a devida proteção estão, muitas vezes, relacionadas a falta de informação suficiente e adequada, a falta de diálogo entre familiares e a tabus envolvendo tais questões, assim, o debate a respeito da educação sexual tem como objetivo aconselhar e prestar informações sobre gravidez, infecções sexualmentetransmissíveis, de debater sobre estigmas com intuito de ajudar nas relações pessoais e na qualidade de vida, a fim de orientar os adolescentes e possibilitar as reflexões sobre determinadas situações inseridas em seu contexto (BRASIL, 2006).

Outro ponto a ser discutido é a identidade de gênero. De acordo (KNOBEL, 1992), quando nasce uma criança, o meio social e a família já começam a diferenciá-la sexualmente através de roupas, cores, brinquedos e objetos. Os pais passam a se impor sobre a vida dos filhos e sobre as suas identidades de gênero, o que está relacionado com o sentimento que o indivíduo possui de si, independentemente de sua anatomia sexual. É importante salientar, que não nascemos com uma orientação sexual definida, porém, chegamos mais próximo à identificação da mesma com diferentes formas de vivenciar nossos desejos de forma mais flexível, conforme as experiências vivenciadas.

No entanto, sabe-se que é imprescindível o conhecimento anatômico do corpo, uma vez que isso favorece a promoção de uma higiene íntima diária adequada, pois, quanto menos conhecimento sobre a vulnerabilidade em questão, menor será

a preocupação em se proteger. (SANTOS , *et al*, 2017); no caso das meninas é importante retratar a necessidade de cuidados diários com a região genital feminina, para que não possa ocorrer prejuízos relacionados a saúde, a saber: o acúmulo de diferentes tipos de secreções, as alterações de pH vaginal, além de agressões causadas pelo uso de roupas e absorventes de forma inadequada. Por isso, é essencial orientar as meninas a manter a região íntegra a fim de desempenhar seu papel de proteção, dessa forma, fica mais evidente a necessidade de orientação das adolescentes quanto ao cuidado íntimo, uma vez que isso promove o bem-estar.

No que diz respeito aos prejuízos decorrentes da desinformação, identifica-se que as IST's constituem um grande problema de saúde pública, principalmente na adolescência. Estas infecções além de carregarem o estigma social, podem deixar sequelas, e essas podem ser curáveis ou não, tais como, a infertilidade, o câncer do colo de útero causado pelo papiloma vírus humano (HPV), dentre outras. Com isso, percebe-se a importância de debates para promover as informações sobre a importância do uso de preservativos a fim de prevenir as IST's e também prevenir uma gravidez na adolescência (ALMEIDA REBECA *et al*, 2017).

No Brasil, a gravidez na adolescência tornou-se mais visível a partir da década de 90 com o aumento de gestantes com idade menor que 20 anos. Logo, traz à tona algumas questões importantes como: “a gravidez na adolescência é uma experiência esperada ou desejada? ”, “Quais os seus riscos? ” e “quais são as suas consequências?” (DIAS, TEXEIRA, 2010).

Os adolescentes correspondem a um número representativo da população brasileira. A população na faixa etária de 10 a 19 anos de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é 34.156,038 adolescentes. No estado do Pará este número permanece elevado, sendo de 1.623.345 adolescentes. A capital do estado, Belém, possui população estimada de 1. 492.725 habitantes de acordo com o censo de 2010, sendo deste total 245.601 habitantes na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, 2010).

Desde o início da epidemia da AIDS em 1980, até junho de 2014, o Brasil teve 756.998 casos registrados de HIV/AIDS. A maior concentração dos casos no Brasil abrange a faixa etária de 25 a 39 anos, porém 81.205 dos casos aconteceram no grupo entre 15 e 24 anos. Nos últimos 10 anos houve um aumento da taxa de detecção, sendo observado aumento da incidência de 53,2 % entre os jovens de 15 a 19 anos e 10,4% no grupo de 20 a 24 anos. Em relação à gravidez na adolescência, no ano de 2013, aproximadamente 20% dos nascidos-vivos foram de mães adolescentes. BRASIL (2013, 2014).

Considerando que a gravidez na adolescência limita a possibilidade de exploração de identidade e de sexualidade, e com isso, a inserção para o mercado de trabalho, dentro dessa lógica evidencia-se a gravidez precoce como uma

experiência indesejada. Por conseguinte, passou-se a ser visto como uma situação de risco biopsicossocial, pois é capaz de trazer consequências negativas à gestante e a todos em seu contexto social. Em vista disso a gravidez na adolescência tornou-se um problema social e de saúde pública, tendo em conta que é necessária a existência de dois fatores: a atividade sexual e a falta de medidas contraceptivas efetivas (DIAS, TEXEIRA, 2010).

Sendo assim, uma das melhores formas de se prevenir a gravidez indesejada e as ISTs é disponibilizar informações relacionadas aos métodos contraceptivos efetivos, apresentando opções de escolha aos jovens e/ou ao casal. Em consequência se obtém a utilização dos métodos de forma adequada, e um momento importante que irá resultar em uma vida sexual segura e satisfatória (BERLOFI L, *et al*, 2006).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo relatar sobre a experiência vivenciada durante uma ação educativa para alunas de 11 a 14 anos sobre educação sexual, identidade de gênero, e a utilização dos métodos contraceptivos para combater a gravidez precoce e IST's.

2 | DETALHAMENTO DO CASO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelas acadêmicas do curso de enfermagem do 3º e 4º período do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ). A metodologia utilizada para a construção da atividade educativa, baseou-se na metodologia da problematização, com uso do Arco de Charles Maguerez, e utilização de suas etapas, sendo: observação da realidade e identificação de problemas, pontos-chave, teorização, hipóteses e aplicação da intervenção, com culminância da atividade educativa no dia 26 de novembro de 2019, em uma escola estadual de ensino fundamental e médio, localizada na ilha de Cotijuba-PA, com alunas do 7º ano do ensino fundamental.

Foram abordados assuntos como educação sexual, identidade de gênero, anatomia do corpo feminino, e a utilização dos métodos contraceptivos para a prevenção de IST's e a gravidez precoce. Para fazer a abordagem com as alunas, previamente foram feitas pesquisas bibliográficas no banco de dados *online* SCIELO.

No dia da ação foram aplicadas tecnologias leve-duras, que teve como principal recurso o uso de cartazes com figuras que expuseram as temáticas discutidas para o enriquecimento das explicações e o melhor entendimento das alunas. Também foram aplicadas tecnologias leves como a dinâmica e o diálogo aberto para tirar as dúvidas das adolescentes.

A dinâmica sucedeu da seguinte forma, as discentes foram dispostas em uma roda e foram oferecidos a elas 8 balões de forma aleatória com as seguintes perguntas: “Como o machismo afeta as mulheres e os homens?”, “No caso de

violência sexual, para quem devo notificar?”, “Quais os principais hormônios da menstruação?” , “Depilação ajuda ou atrapalha na higienização?”, “Quais os sintomas da tricomoníase?”, “Como podemos se prevenir do HPV?”, “Cite 4 métodos contraceptivos”, “De exemplos dos riscos e consequências da gravidez precoce”. No final, obtiveram-se bons resultados, haja vista que as discentes tiveram 7 respostas assertivas.

Por fim, enfatizamos a importância do diálogo e proporcionamos um momento para tirarmos dúvidas individuais e particulares sobre o corpo, menstruação e métodos contraceptivos, sucedendo na procura de duas alunas, que fizeram as seguintes perguntas: “Se um menino olhar para o meu corpo e sentir atração, é normal? ”, “Se a minha menstruação atrasar, isso significa o que? ”

3 | DISCUSSÃO

A adolescência é uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, está entre a infância e a fase adulta. Este período é marcado por diversas transformações corporais, hormonais e até mesmo comportamentais.

De acordo com (Berger 2003) além de a adolescência começar em meio às alterações físicas da puberdade, ela capacita o jovem a transcender do pensamento concreto para o pensar abstrato e hipotético. Havendo em paralelo, mudanças psicossociais voltadas aos pais, à nova independência com amigos, nova intimidade e a compreensão de si.

Foi notória, durante a ação, dúvidas das adolescentes a respeito das transformações corporais que se desencadeiam a partir da puberdade. Brêtas, *et al* (2012) revela a normalidade de ocorrer interação de hormônios durante a menstruação, onde ocorre mudanças corporais potencialmente dolorosas como a tensão pré-menstrual e as cólicas, que quando se relacionado a fatores de estresse e descontentamento da mulher, podem vir a causar sentimentos de irritação e de tristeza.

A respeito do conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis, notou que não foi um tema totalmente desconhecido para as adolescentes, haja vista que a maioria associa a sua prevenção de forma correta. Para Almeida, *et al* (2017) o desconhecimento dos riscos e a desinformação são os fatores que favorecem o aumento de número de adolescentes portadores de infecções sexualmente transmissíveis.

Almeida, *et al* (2017) evidencia que o preservativo masculino é a forma de prevenção mais conhecida entre as jovens, porém, seu uso não é frequente. Fica claro que, muitas vezes, o uso de preservativo está mais relacionado ao medo de uma gravidez precoce do que a prevenção de IST's.

Durante a ação, ao mencionar algumas IST's, como o papiloma vírus humano (HPV) a maioria das meninas presentes revelaram ter realizado a vacinação contra o HPV. Porém, ao mencionar outras doenças como sífilis, tricomoníase, gonorreia as adolescentes não conheciam tais doenças e seus respectivos sintomas e as diversas formas de transmissão.

Portanto, atentar para a sexualidade dos adolescentes é uma necessidade que contribui para reduzir problemas relativos à sua vida pessoal e social. É muito importante promover debates na escola, evidenciando sintomas e métodos de preservação para evitar infecções e gravidez indesejada. Pois a falta de informações sobre a sexualidade contribui para a vulnerabilidade dos adolescentes (ALMEIDA REBECA *et al* 2017).

A modernidade e os estímulos ambientais são fatores contribuintes para a relação sexual oportuna e precoce (BERLOFI, *et al.* 2006). A relação sexual sem conhecimento e prudências podem desencadear uma série de problemas na vida de um adolescente. Percebe-se que apesar da grande propagação de informações sobre sexualidade, o hábito de usar métodos contraceptivos ainda é insuficiente. Para Alves (2008) é uma característica da cultura sexual brasileira, manter relações sexuais espontâneas e pouco reflexivas, o que dificulta as práticas de medidas preventivas contra IST's e a gravidez indesejada.

Egypto (2005) descreve sobre as consequências da falta de informação sobre sexualidade para os alunos. Percebe-se que esta ausência pode alimentar preconceitos e conceitos morais equivocados, produzindo discriminação e atitudes incorretas.

A ação educativa na escola nos permitiu identificar a necessidade de conversar sobre a sexualidade seja em casa com os pais ou na escola com os professores. Notou-se que as alunas pouco sabiam a respeito das medidas contraceptivas, temas de total relevância para sua saúde, também sobre as questões hormonais e o entendimento do corpo.

Na discussão sobre a gravidez na adolescência observou-se uma grande reflexão por parte das alunas, acerca dos riscos da gravidez nessa faixa etária, mas principalmente sobre as consequências sociais, econômicas e psicológicas. Foi manifestado por elas o desejo de estudar e serem mulheres independentes e que a gravidez precoce traria impedimentos para sua vida. Ficou claro que as alunas apresentaram pouco conhecimento e mínimas informações sobre a temática de educação sexual.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste estudo foi de debater sobre assuntos importantes para as

adolescentes, contribuindo para reduzir possíveis problemas na vida pessoal e social. Ainda relatar por meio da experiência vivenciada pelas acadêmicas durante a ação educativa como as alunas desconheciam a composição do seu corpo e as possíveis mudanças que nele iriam ocorrer. É notória a falta de projetos que envolva educação sexual nas escolas, com isso, é de suma importância os professores juntamente com coordenação da escola, proporcionar cursos de capacitação sobre a temática voltada para os adolescentes, com auxílio de profissionais da área da saúde. Contudo, é necessário que haja uma sensibilização com os pais dos alunos para que exista um apoio dos familiares juntamente com a escola, fortalecendo o debate da temática e oferecendo um maior suporte social e psicológico para estes adolescentes.

Sendo assim, fica evidente a relevância de debater nas escolas as questões inerentes à adolescência, além orientar sobre educação sexual e as possíveis consequências de não se prevenir.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos et al. **Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez**, Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 5, p. 1033-1039, Oct. 2017.

ALVES CA, BRANDÃO ER. **A Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde**, Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14, 661-670.

BERLOFI L, et al. **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar**, Rev Acta Paul Enferm, 2006; 19-(2):196-200.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRÊTAS JRS, et al. **Significado da menarca segundo adolescentes**, Acta Paul Enferm. 2012; 25-(2):249-55.

DIAS ACG, TEXEIRA MAP, **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Rev Paidéia, 2010; 20(45): 123:131.

EGYPTO, Antonio Carlos. **Sexo, prazeres e riscos**. São Paulo: Saraiva, 2005.

KNOBEL, M. **Orientação familiar**. Campinas: Papirus, 1992

SANTOS SLF, et al. **Educação em saúde sobre higiene íntima da mulher e infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência**, Rev Expressão católica saúde, 2017; v.2 n,2.

Brasil. Ministério da Saúde. **Indicadores de fatores de risco e de proteção-2013**. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico AIDS e DST 2014.**

FONTENELE, ciana Queiroz; MIRANDA, Luciana Lobo. Adolescência(s): Produções e Atravessamentos Discursivos em Análise. **Trends in Psychology/ Temas em Psicologia.** v. 25, n. 3, p. 969-982, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama população Belem.**

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DO PSF

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 14/04/2020

Natália Bastos Vieira dos Santos

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/8836742844757308>

Nara Beatriz da Silva

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7832-1814?lang=en>

Andressa Lages Vieira

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1568-4092>

Pâmila Taysa Nascimento Silva

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8363-5655>

Alinne Campelo Terto

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3309-4958>

Janaína Juvenete Rodrigues

Centro de Ensino Unificado de Teresina- CEUT.
Teresina, PI, Brasil. Link para o ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0004-5386>

RESUMO: O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para o aprimoramento

e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) elegendo como foco de atenção a reativação da assistência primária de saúde, e estabelecimento de laços de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Além disso, foi selecionado fontes de pesquisas de origens secundárias, como livros e artigos de revisões, na qual faziam-se presentes artigos em espanhol e português, e excluídos aqueles que de forma alguma adequava aos critérios, como teses e referências sem resumos. O presente trabalho tem como objetivo relatar as informações acerca da atuação do profissional enfermeiro nos serviços do Programa Saúde da Família, quais suas atribuições e suas atividades dentro do mesmo. Bem como entender as necessidades de cada profissional. Pode-se concluir com o presente estudo, que contribuiu e ampliou o entendimento da atuação do enfermeiro e seu importante papel na assistência de enfermagem dentro desse sistema para que tivesse total êxito, realizou-se buscas em trabalhos científicos, base de dados Pbméd e Scielo, que proporcionassem um estudo mais aprofundado.

PALAVRAS – CHAVE: Estratégia de Saúde da Família. Enfermeiro. Serviços

NURSE'S PERFORMANCE IN PSF SERVICES

ABSTRACT: The Family Health Program (PSF) was created by the Ministry of Health with the objective of contributing to the improvement and consolidation of the Unified Health System (SUS), electing as a focus of attention the reactivation of primary health care, and the establishment of health links. co-responsibility between health professionals and the population. In addition, research sources from secondary sources were selected, such as books and review articles, which included articles in Spanish and Portuguese, and excluded those that in no way fit the criteria, such as theses and references without abstracts. This paper aims to report the information about the performance of professional nurses in the Family Health Program services, their duties and their activities within it. As well as understanding the needs of each professional. It can be concluded with the present study, which contributed and broadened the understanding of the nurse's performance and its important role in nursing care within this system.

In order to have a complete exodus, searches were carried out in scientific works, database Pbmmed and Scielo, to provide a deeper study.

KEYWORDS: Family health strategy. Services. Nurse

RESUMEN: El Programa de Salud Familiar (PSF) fue creado por el Ministerio de Salud con el objetivo de contribuir a la mejora y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS), eligiendo la reactivación de la atención primaria de salud como foco de atención y estableciendo vínculos de corresponsabilidad entre profesionales de la salud y la población. Además, se seleccionaron fuentes de investigación de fuentes secundarias, como libros y artículos de revisión, que incluyeron artículos en español y portugués, y excluyeron aquellos que de ninguna manera se ajustan a los criterios, como tesis y referencias sin resúmenes. Este documento tiene como objetivo informar la información sobre el desempeño de las enfermeras profesionales en los servicios del Programa de Salud Familiar, sus deberes y sus actividades dentro del mismo. Además de comprender las necesidades de cada profesional. Se puede concluir con el presente estudio, que contribuyó y amplió la comprensión del desempeño de la enfermera y su importante papel en la atención de enfermería dentro de este sistema. Para tener un éxodo completo, se realizaron búsquedas en trabajos científicos, bases de datos Pbmmed y Scielo, para proporcionar un estudio más profundo.

PALABRAS-CLAVE: Estrategia de salud familiar. Enfermera. Servicios

1 | INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) elegendo como foco de atenção a reativação da assistência primária de saúde, e estabelecimento de laços de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1996).

Sob essa perspectiva, o Programa (PSF) faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir de sua imbricação no ambiente social onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço onde se constroem as relações intra e extra- familiares, e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Contribui para uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1996).

Esse programa vem se tornando uma estratégia de reorientação das práticas assistenciais. No entanto, ainda se observa que a sua implantação e desenvolvimento nos municípios brasileiros têm ocorrido de forma variada. Desde que o programa foi implantado várias dificuldades foram apresentadas pelas equipes do PSF, sendo uma delas as que dizem respeito à estruturação da atenção básica, organização inadequada, entre outras. Estas dificuldades acabam que interferindo no processo de trabalho de todos os profissionais, acabando que sendo uma barreira nos atendimentos e nas equipes (LYGIA et al., 2008).

Os enfermeiros que trabalham no PSF desenvolvem diversas atividades no dia a dia, sendo estas voltadas para gerência, educação, formação e capacitação de profissionais, assume atividades voltadas para supervisão de estagiários, participação em projetos de pesquisa, e com isso amplia e fortalece as suas responsabilidades. No PSF o profissional enfermeiro acaba que assumindo essas responsabilidades, o que acarreta em uma grande quantidade de tarefas, e uma sobrecarga alta. Além disso, observa-se também que a sociedade acaba que insatisfeitas com algumas atitudes, que nem sempre são estabelecidas. A enfermagem além de fazer um papel essencial no PSF, acaba que sendo parte prioritária do programa. Isso faz com que os profissionais enfermeiros sejam interdependentes. Com base nisso faz-se necessário ressaltar que esses profissionais são peças fundamentais nesse processo, até mesmo porque a grande maioria das práticas realizadas nesse programa são de maior responsabilização do enfermeiro (MARIA et al., 2000).

Outro ponto importante é sobre o trabalho em equipe no PSF, ou seja, os profissionais devem interagir entre si e integrar-se uns aos outros, e assim formando uma equipe multiprofissional. Para que isso ocorra, é preciso que a equipe esteja vinculada, em intensa sintonia uns com os outros, havendo uma comunicação efetiva

e uma inter-relação. O trabalho tem por objetivo mostrar como se dá a atuação dos profissionais enfermeiros nos serviços de saúde dentro do Programa Saúde da Família. Para que possa observar quais as atribuições, como é feito o trabalho dentro do programa e quais são seus pontos negativos e positivos ao prestar esse serviço.

2 | METODOLOGIA

Foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Utilizando também como base de dados SCIELO, PUBMED, tendo como referencias artigos dos anos 2000 a 2018. Além disso, foi selecionado fontes de pesquisas de origens secundarias, como livros e artigos de revisões, na qual faziam-se presentes artigos em espanhol e português, e excluídos aqueles que de forma alguma adequava aos critérios, como teses e referencias sem resumos.

O artigo tem como suas palavras chaves: “Estratégias de saúde da família”, “enfermeiro” e “serviços”. Teve como período de busca das informações ocorreu em um período de tempo nos meses de setembro a novembro. Tempo este que foi capaz de detalhar o trabalho para melhor entendimento do público.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PSF é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde, onde proporciona e tem como prioridade a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, seja de forma integral ou continua. O grande objetivo desse programa é a reorganização da prática assistencial. Com a existência desse programa, o ministério da saúde tenta priorizar a atenção básica, e assim reorganiza-la (DALVANI et al., 2004).

A criação do PSF teve como referência também as experiencias exitosas desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra. O PSF define uma equipe mínima e uma logica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas das pessoas e suas famílias. O programa significou a adoção de uma postura mais ativa das equipes de saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidos (Faria et al., 2008).

Sendo a ESF uma estratégia de fomento à participação da população, esta deve, crescentemente, promover uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem/devem ser produtores e construtores de um

viver mais saudável. Este envolvimento, no entanto, só é possível mediante um processo dialógico entre os diferentes saberes, no qual cada um contribui com o seu conhecimento peculiar e juntos possibilitam uma interação efetiva pela valorização das diferentes experiências e expectativas de vida (DIRCE et al., 2012).

A partir da lógica do SUS, o cuidado de enfermagem é visibilizado como prática interativa, multidimensional e interdisciplinar, ou seja, como prática social que integra uma rede de relações e associações comunitárias. Nessa direção, os participantes entendem que é preciso ocorrer uma articulação crescente com os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde para que a pessoa humana, em seu contexto singular e coletivo, seja compreendida como um ser integral - protagonista do seu processo saúde-doença. O enfermeiro é reconhecido, nessa perspectiva, pela habilidade interativa e associativa, por compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos, pela capacidade de interagir diretamente com o usuário e a comunidade, bem como pela capacidade de promover o diálogo entre os usuários e a equipe de saúde da família. No entender dos entrevistados, o enfermeiro se aproxima, identifica e procura criar uma relação de empatia com o usuário, independentemente das suas condições sociais. O enfermeiro é aquele que encaminha e otimiza as intervenções de cuidado em saúde de modo que integre e contemple tanto os saberes profissionais quanto os saberes dos usuários (DIRCE et al., 2012).

De acordo com a PORTARIA nº 2.436 DE SETEMBRO DE 2017, as atribuições dos profissionais de enfermagem que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

Podemos citar as atribuições do profissional enfermeiro:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as

pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

Reconhece-se que o enfermeiro também exerce o papel de agente multiplicador de saúde e de elemento intermediário entre a unidade básica de saúde/domicílio/família de acordo com o que preconiza o PSF/Ministério da Saúde (NASCIMENTO, 1985).

A estratégia saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital que privilegiava a parte curativo em detrimento da preventiva. O PSF veio como respostas as necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e a comunidade, com intensa participação da comunidade (BRASIL, 2000).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de possibilitar a todos, conhecimentos ímpares, fazendo com que possamos observar e entender como se dá a atuação do profissional enfermeiro dentro do PSF e quais são as práticas desenvolvidas pelos mesmos. Apesar das grandes dificuldades observadas dentro do Programa Saúde da Família, os profissionais da enfermagem estão dispostos a contribuir para que tenhamos cada vez mais melhorias, sabendo que essas mudanças podem ser de grande tamanho quando todos os profissionais de certa forma contribuam com isso.

Vale salientar que nesse programa, o enfermeiro executa diversas atribuições específicas, como realização das consultas de enfermagem, diversos procedimentos, entre outras atividades, bem como planeja e observa as ações de promoção de saúde e reestabelecimento destas para com a população, com ajuda de uma equipe, sendo essa capaz de reconhecer o trabalho dos outros profissionais.

Pode-se concluir com esse trabalho, que contribuiu e ampliou o entendimento da atuação do enfermeiro e seu importante papel na assistência de enfermagem dentro desse sistema. Podemos observar que o enfermeiro é um profissional fundamental nesse sistema, no qual desenha um papel importante e relevante. Até mesmo busca uma proximidade com a população e assim criando um vínculo entre a família e o

profissional, para que assim possa contribuir para se ter uma grande melhoria na saúde e na vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento Preliminar. **Saúde da Família**: uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília, 1996 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, Brasília, v.1, 2000.

DIRCE, M. A. A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.1, p.223-230.

USP. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-9, 2000.

FARIA, H. P. COELHO, I. B. WERNECK, MA. **Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde - Unidade didática I**: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Revodonto. Belo Horizonte: UFMG. p.1-65, 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas. 5ª edição. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29.09.2019

LYGIA, M.R. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e saúde coletiva**; v.13, n.4, p.1355-1360, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINISTERIO DA SAUDE. **PORTARIA Nº 2.436**, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

MARQUES, D. A enfermagem e o programa saúde da família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de enfermagem**. v.57, n.5, p.545-50, 2004.

MARIA, C.C. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. **Revista Brasileira de enfermagem**. v.53 no.spe, p.149-152, 2000.

NASCIMENTO, M. A. A. A família como unidade de serviço para assistência de enfermagem à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v.3, n.38, p. 359, 1985.

Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília: OPAS; 2000.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Data de aceite: 20/05/2020

Data da submissão: 19/03/2020

Thaís Emanuele da Conceição

Residente de Enfermagem na Área de Neonatologia pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz.

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0471891460781813>

Marcelle Campos Araújo

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Especialista em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira /FIOCRUZ.

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5921799971167001>

RESUMO: Objetivo: Descrever a experiência do residente de enfermagem na área de neonatologia acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao RN no alojamento conjunto de um hospital da rede pública. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva do tipo relato de experiência, desenvolvido durante atividades práticas realizadas no período de formação,

realizado em uma instituição pública, sob supervisão, localizado no Rio de Janeiro, durante o mês de abril de 2019. Discussão: Os cuidados prestados ao RN sem a presença do enfermeiro neonatologista, eram basicamente esses: admissão na unidade, cuidados com administração da dieta, realização de banho com técnica humanizada, orientações sucintas quanto à higiene e exame físico com roteiro direcionado. A presença do pesquisador trouxe repercussões de como tal assistência estava sendo dispensada à esta clientela. Nos primeiros dias de atuação foi possível identificar algumas alterações importantes no bebê, como intercorrências, fator importante, pois quando não identificadas, podem evoluir para complicações graves e encaminhamento do RN à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), o que prolongará o tempo de internação, possíveis agravos à saúde e interferir na relação mãe-bebê, podendo acarretar quebra de vínculo. Conclusão: Tal experiência proporcionou perceber que um olhar especialista torna possível observar o RN como um todo e que o cuidado prestado ao binômio mãe-bebê é importante para atendimento às necessidades de ambos, pois a assistência ao RN precisa ser direcionada

às suas especificidades e a mãe precisa ter suas perguntas relacionadas ao filho respondidas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Alojamento Conjunto; Recém-nascido.

THE RELEVANCE OF THE NEONATOLOGIST NURSE IN JOINT ACCOMMODATION

ABSTRACT: Objective: To describe the experience of the nursing resident in the neonatology area about the nursing care provided to the NB in the joint accommodation of a public hospital. Method: This is a qualitative research with a descriptive approach of the experience report type, developed during practical activities carried out during the training period, carried out in a public institution, under supervision, located in Rio de Janeiro, during the month of April 2019 Discussion: The care provided to the NB without the presence of the neonatologist nurse, was basically these: admission to the unit, care with diet administration, bathing with a humanized technique, succinct guidelines on hygiene and physical examination with a directed script. The researcher's presence brought repercussions on how such assistance was being provided to this clientele. In the first days of work, it was possible to identify some important changes in the baby, such as complications, an important factor, because when not identified, they can develop into serious complications and refer the newborn to the neonatal intensive care unit (NICU), which will prolong the time of hospitalization, possible health problems and interfere in the mother-baby relationship, which may cause a break in the bond. Conclusion: This experience enabled us to realize that a specialist look makes it possible to observe the NB as a whole and that the care provided to the mother-baby binomial is important to meet the needs of both, as the care for the NB needs to be directed to their specificities and the mother needs to have her child related questions answered.

KEYWORDS: Nursing care; Joint Accommodation; Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

O Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido (RN) sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta, o que possibilita a atenção integral à saúde da mulher e do RN, por parte do serviço de saúde (BRASIL, 2016). Este sistema permite à equipe multiprofissional realizar o cuidado direto, o controle do ambiente e a articulação com outros setores, possibilitando a prevenção de infecções e contribuindo para a saúde do binômio mãe-filho.

O RN a termo necessita ter vitalidade e capacidade sucção, além de controle térmico adequado (PASQUAL et al., 2010), sendo um ambiente que proporciona contato constante entre o mãe e filho, sendo considerado um passo importante para o êxito da amamentação; possibilita a amamentação sob livre demanda, presume que o RN não receba outro alimento senão o leite materno e que as mães participem dos cuidados de seus filhos, sob orientação da equipe de saúde, portanto, é um local que tem como principal vantagem o estímulo ao aleitamento materno da forma mais natural possível, incentivando o vínculo mãe-filho e tendo a intenção de atuar como uma “escola de mães”, permitindo ministrar palestras sobre higiene e nutrição, além dos cuidados com o RN (SAKAE et al., 2001).

Historicamente, até o início dos anos 70, nem sequer se cogitava em manter mães e bebês juntos no mesmo ambiente. Faziam parte do anedotário hospitalar os locais onde os bebês eram levados para o lado de suas mães logo após o nascimento, e os profissionais que defendiam essa prática eram discriminados e considerados despreparados e de pouca seriedade profissional.

No Brasil, existe a obrigatoriedade da lei, mas não existe supervisão que verifique o funcionamento do alojamento conjunto. Além disso, pode-se dizer que sua implantação ocorreu de forma anárquica nos diversos estados do País e, mesmo, em hospitais de um mesmo município. E não é novidade que a introdução do alojamento conjunto sempre aconteceu de forma autoritária e de acordo com a simpatia dos chefes de serviço. Faltava aceitação e colaboração por parte de toda a equipe de saúde para que o sistema pudesse funcionar como deveria. E em muitos locais ainda falta (UNGERER et al., 2014). O Sistema Único de Saúde (SUS) deve dispor de profissionais capacitados para a assistência ao RN, como objetivo da redução de riscos e promoção de uma assistência eficaz, seja no alojamento conjunto ou na unidade de terapia intensiva neonatal, unidades de cuidado direto ao RN. Mostra-se então o quão importante é a assistência prestada a esses bebês no alojamento conjunto sugerindo que seu déficit pode desencadear uma cascata de intervenções iniciada com a transferência do mesmo para uma unidade do complexo neonatal (DULFE et al., 2014).

O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência do residente de enfermagem na área de neonatologia acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao RN no alojamento conjunto de um hospital da rede pública.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva do tipo relato de experiência, desenvolvido durante atividades práticas realizadas no período de formação, realizado em uma instituição pública, sob supervisão, localizado no Rio de

Janeiro, durante o mês de abril de 2019.

O público alvo eram os RN acompanhados de suas mães durante o período de pós-parto imediato e/ou tardio.

3 | DISCUSSÃO

Ao ser admitido na unidade do alojamento conjunto, após o parto, o neonato é atendido pelo profissional de enfermagem, seja ele, de nível técnico de enfermagem com experiência na área obstétrica ou superior, sendo enfermeiro especialista em obstetrícia. Neste momento são realizados os primeiros cuidados de enfermagem após o parto, como exame físico completo, estímulo ao aleitamento materno ou administração da dieta para os casos impossibilitados como mães com HIV/AIDS e demais, arrumação do leito, colocação de fralda e roupas para promover o aquecimento e registro de dados em prontuário.

Após oito horas de nascido é realizado o primeiro banho, onde o profissional demonstra a técnica para que o cuidador, seja mãe ou acompanhante, realize no próximo dia, além disso, neste momento, também, é realizada a técnica de higienização do coto umbilical, com aplicação de álcool à 70% e orientações com relação à correta higienização. Os cuidados prestados ao RN sem a presença do enfermeiro neonatologista, eram basicamente esses: admissão na unidade, cuidados com administração da dieta, realização de banho com técnica humanizada, orientações sucintas quanto à higiene e exame físico com roteiro direcionado. A presença do pesquisador trouxe repercussões de como tal assistência estava sendo dispensada à esta clientela.

Nos primeiros dias de atuação na modalidade treinamento em serviço da área neonatal, ou seja, com olhar de especialista, foi possível identificar algumas alterações importantes no bebê, como intercorrências não atendidas, tendo de exemplo a hipotermia neonatal, considerada pela Organização Mundial de Saúde como faixa de normalidade a temperatura do RN de 36,5 a 37°C (BRASIL, 2011), portanto, o controle da temperatura nos recém-nascidos é um importante aspecto do cuidado durante o atendimento na primeira hora de vida, especialmente, nos recém-nascidos pré-termo devido a sua vulnerabilidade frente às variações de temperatura do ambiente, com isso, o conhecimento dos componentes do ambiente termal onde os neonatos estão inseridos é decisivo no sucesso do processo adaptativo do meio intrauterino para o extrauterino, para tal, a equipe assistencial deve se manter articulada e estruturada para acolher o neonato da melhor forma possível, utilizando-se do conhecimento sobre os cuidados para prevenir a hipotermia neonatal (RUSCHEL, 2012); hipoglicemia pela não amamentação, falta de administração da dieta ou algum problema metabólico não identificado, portanto, é importante

que a puérpera seja orientada quanto à amamentação e ensinada à alimentar seu bebê, com orientações acerca da posição e pega corretas; orientações sobre eliminações vesicais e intestinais, onde não eram verificados débito urinário diário e nem frequência e aspecto das eliminações, cuja análise é importante para verificar efetividade do aleitamento materno (AM) e presença de infecções, principalmente, as urinárias, sendo o AM fator de proteção (DAMASIO et al., 2016); ausência de orientações à mãe quanto à correta troca de fraldas e higiene íntima dos bebês onde é recomendado, durante as trocas de fraldas, a fim de evitar as assaduras, secar bem o bebê após o banho e não é aconselhado usar o sabonete diretamente na pele e o mínimo de perfumes, reduzindo a sensibilização à alérgica aos agentes tópicos, para as mães de RN do sexo feminino, a higiene dos genitais das meninas, devem-se proceder à limpeza com bolas de algodão umedecido em água morna, no sentido anteroposterior, com movimentos longitudinais amplos para evitar contaminação do meato uretral e vaginal, especialmente se houver presença de fezes (GOMES et al., 2015), além disso, os cuidados com o coto umbilical são importantes para a manutenção da saúde do RN, sendo a limpeza do coto umbilical uma medida importante na prevenção de onfalites causadas por microorganismos que podem evoluir para sepse, levando até mesmo ao óbito da criança. Estudo afirma que a limpeza do coto umbilical com clorexidina, até a sua queda, é capaz de reduzir o risco de infecção e, conseqüentemente, de morte do neonato, mas no Brasil, o Ministério da Saúde orienta que o cuidador higienize suas mãos e utilize uma gaze para secar a base do coto, em seguida, deve embeber em álcool 70% outra gaze e aplicar sobre o coto, em sua base e isso deve ser repetido a cada troca de fralda (ANDRADE et al., 2012); e falta de informações com relação às dúvidas geradas pelo cuidador, seja a própria puérpera ou seu acompanhante, pois o desempenho da mulher no alojamento conjunto, nos cuidados com seu RN, necessita ser ativo e para isso, no entanto, a equipe de enfermagem que atua no setor precisa possuir organização para, nos primeiros momentos, prestar assistência ao RN e à puérpera, concomitantemente, explicando todos os procedimentos com linguagem clara, objetiva, dando significado a cada cuidado, ou seja, explicando a sua finalidade para o bem-estar do RN e da própria puérpera. Já no segundo momento, a puérpera pode realizar seu próprio cuidado e de seu filho com a supervisão da equipe de enfermagem (BULHOSA et al., 2005).

Como repercussões negativas, tais alterações quando não identificadas, podem evoluir para complicações graves e encaminhamento do RN à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), o que prolongará o tempo de internação, possíveis agravos à saúde e interferir na relação mãe-bebê, podendo acarretar quebra de vínculo.

4 | CONCLUSÃO

Tal experiência proporcionou perceber que um olhar especialista torna possível observar o RN como um todo e que o cuidado prestado ao binômio mãe-bebê é importante para atendimento às necessidades de ambos, pois a assistência ao RN precisa ser direcionada às suas especificidades e a mãe precisa ter suas perguntas relacionadas ao filho respondidas.

Com isso, foi possível identificar que, a partir da presença do residente da neonatologia, os aspectos relacionados à ambos foram modificados de forma positiva e todo o cuidado dispensado ao RN tornou-se eficaz e de acordo com suas necessidades.

Além disso, esta vivência possibilitou alertar à equipe de enfermagem do setor quanto às práticas realizadas e reajustar a assistência de acordo com os protocolos vigentes na instituição e diretrizes do SUS. Tal ponto de vista demonstra que o profissional que é escalado para o alojamento conjunto de qualquer unidade hospitalar, precisa possuir um conhecimento neonatal também, ou seja, alguém com foco e olhar para o bebê, seja por experiência ou capacitação profissional, pois dessa forma o mesmo estará apto à identificar qualquer alteração importante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html>. Acesso em < 16 de Jul. 2019>.

BULHOSA, Michele Salum; SANTOS, Milena Galarraga; LUNARDI, Valéria Lerch. **Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto.** Cogitare Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 42-47, 2005.

DAMASIO, Cesar P. et al. **Revisão sistemática com metanálise relacionando as taxas de aleitamento materno com a prevalência de infecções urinárias em crianças.** UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 13, n. 30, p. 99-104, 2016.

DE OLIVEIRA ANDRADE, Lucilande Cordeiro et al. **Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato.** Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 99-105, 2012.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros et al. **Intercorrências ao recém-nascido na transferência intra-hospitalar do alojamento conjunto.** Rev. enferm. UFPE on line, v. 8, n. 3, p. 514-522, 2014.

GOMES, Ana Leticia Monteiro et al. **Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 2, p. 258-265, 2015.

PASQUAL, Kelly Karine; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; VOLPONI, Mirela. **Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional**. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 334-339, 2010.

RUSCHEL, Luma Maiara. Cuidados com hipotermia neonatal: uma revisão integrativa. 2012.

Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. **Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil**. Pediatria. 2001;23(2):179- 87.

UNGERER, Regina LS; MIRANDA, ATC de. **História do alojamento conjunto**. J Pediatr, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999.

ANÁLISE DO CLIMA ORGANIZACIONAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO SITUADO NO ESTADO DE MINAS GERAIS SOB A ÓTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 20/05/2020

Michele Fabiana da Silva

Universidade Vale do Rio Verde- Unincor Betim

Eder Júlio Rocha de Almeida

Universidade Vale do Rio Verde- Unincor Betim

José Rodrigo da Silva

Universidade Vale do Rio Verde- Unincor Betim

Rosângela Silqueira Hickson Rios

RESUMO: Um ambiente organizacional saudável interfere diretamente no comportamento dos colaboradores, impactando os resultados processuais e todos tipos de performance, por conseguinte, objetiva-se conhecer os fatores favoráveis a um bom clima organizacional no âmbito da equipe de enfermagem em um hospital público de minas Gerais. Buscou-se examinar a opinião dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem a respeito das dez dimensões consideradas relevantes a um ambiente satisfatório. Para tanto foi aplicado um questionário sistematizado aos colaboradores que atingiram os critérios de inclusão. As análises foram quantitativas, desenvolvidas a partir do software SPSS. Os resultados demonstraram que os servidores não estão satisfeitos com a segurança e as condições do

trabalho, indicaram que os treinamentos são escassos.

PALAVRAS-CHAVE: Clima organizacional; Comportamento humano; Equipe de enfermagem; Hospital público.

ABSTRACT: A healthy organizational environment directly interferes in the employees' behavior, impacting the procedural results and all types of performance, therefore, the objective is to know the factors favorable to a good organizational climate within the nursing team in a public hospital in Minas Gerais. We sought to examine the opinion of nurses, technicians and nursing assistants, regarding the ten dimensions considered relevant to a satisfactory environment. To this end, a systematic questionnaire was applied to employees who met the inclusion criteria. The analyzes were quantitative, developed using the SPSS software. The results showed that the employees are not satisfied with the safety and conditions of the work, they indicated that the training is scarce.

KEYWORDS: Organizational climate; Human behavior; Nursing team; Public hospital.

1 | INTRODUÇÃO

Há dois fatores relacionados aos

recursos humanos que têm grande importância: a postura do líder, que possui um papel fundamental no processo de desenvolvimento da equipe e dos resultados por ela apresentados, e os funcionários, que são responsáveis, em grande parte, pelo sucesso da organização.

Sendo assim, as empresas procuram oferecer melhor qualidade de vida como forma de motivar e, conseqüentemente, de melhorar sua produtividade, seu desempenho. Para verificar o nível de motivação e de satisfação dos colaboradores, realiza-se uma pesquisa de clima organizacional.

O clima organizacional tem o intuito de identificar os principais fatores que afetam, negativa e positivamente, a motivação das pessoas que integram a empresa. A análise do clima organizacional, ou das “atmosferas psicológicas” da organização, é uma ferramenta estratégica que confere o gestor métodos para identificar os fatores que exercem influência constatável e concreta sobre o comportamento do indivíduo e de grupos na organização (XAVIER, 1986).

Desse modo, “o clima representa o ambiente psicológico e social que existe em uma organização e que condiciona o comportamento dos seus membros” (CHIAVENATO, 2005, p. 123). “O clima pode se referir ao ambiente dentro de um departamento, de uma fábrica ou de uma empresa” (CHIAVENATO, 2005, p. 124).

O objetivo deste trabalho é verificar a relação existente entre o estilo de liderança de uma organização e o clima organizacional, avaliando-se a opinião dos colaboradores através de um questionário que contempla as dez dimensões consideradas relevantes para um ambiente satisfatório. A organização em estudo é o Hospital Público de grande complexidade situado no estado de Minas Gerais, que não possui nenhum sistema de gestão da qualidade implantado, e nenhuma certificação hospitalar.

Neste estudo, ao identificar as particularidades atribuídas ao enfermeiro gestor, busca-se compreender o seu estilo de relacionamento com a equipe no ambiente de trabalho e a percepção dos colaboradores de acordo com os fatores de clima organizacional disponíveis.

2 | A ORGANIZAÇÃO

A organização em estudo é um hospital público situado no estado de Minas Gerais. Trata-se de um hospital inaugurado em 1996, sendo até hoje, a maior unidade de saúde do município de Betim.

Atualmente é referência para atendimento de urgência, emergência e internação, atendendo pacientes de 16 municípios próximos a Betim. Possui, também, atendimento em diversas especialidades.

3 | PROBLEMA

De que maneira a gestão da enfermagem influencia no clima organizacional da empresa?

4 | JUSTIFICATIVA

Este trabalho é justificado, do ponto de vista da organização, devido à influência exercida pelos líderes formais e informais no clima organizacional, contribuindo para o desenvolvimento da organização e de seus próprios colaboradores.

Para o profissional de administração, saber realizar uma pesquisa de clima organizacional é extremamente importante, visto que permite identificar quais fatores predominam em cada organização, como os colaboradores se sentem em relação às políticas da empresa e seus líderes, avaliar aspectos inerentes a uma empresa desde o ambiente de trabalho até a remuneração, além do suporte que cada colaborador recebe da organização na resolução de suas atividades diárias.

Este trabalho exige a aplicação de vários conceitos aprendidos ao longo do curso, tornando-se importante do ponto de vista acadêmico.

5 | OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Verificar a relação existente entre o estilo de liderança em uma organização e o clima organizacional na mesma.

5.2 Objetivos Específicos

- Verificar como a liderança influencia no ambiente de trabalho;
- Pesquisar a relação entre os líderes e os colaboradores;
- Analisar a satisfação dos colaboradores com a liderança atual e o clima organizacional.

6 | METODOLOGIA

Foi desenvolvido um questionário quantitativo contendo 02 itens de caracterização dos respondentes, e 11 perguntas com 4 opções de respostas. A 12ª pergunta é aberta, livre para que o colaborador sugira melhorias para a organização.

O questionário de pesquisa da influência da liderança no clima organizacional foi aplicado no Hospital Público situado em Minas Gerais, no setor da Neonatologia.

São 12 respondentes, todos eles funcionários desse setor, sendo 11 técnicos em enfermagem e 1 enfermeiro.

7 | REFERENCIAL TEÓRICO

7.1 Liderança

A liderança é um fator de “poder” nas organizações, e tem enorme influência sobre os funcionários. De acordo com Katz e Kahn¹ (1974), apud Saboia e Chies (2012, p.6), “liderar é entendido como um ato de influência nas atividades desenvolvidas por pessoas ou na formação de um grupo para atingir os objetivos propostos”.

Segundo Kotter² (2002), apud Saboia e Chies (2012, p.6), o líder autêntico é um criador de estratégias que determina em qual direção a organização deve avançar, conseguindo que seus colaboradores o acompanhem por realmente acreditar nas suas ideias.

A liderança é simplesmente o desenvolvimento de relacionamentos com diversas pessoas visando criar uma unidade, um conjunto, uma comunidade que seja capaz de produzir riquezas. Conforme Benis³ (2002), apud Saboia e Chies (2012, p.6), a liderança é aprendida basicamente através do exemplo dado por bons líderes.

Liderança é a realização de metas por meio da direção de colaboradores. A pessoa que comanda com sucesso seus colaboradores para alcançar finalidades específicas é um líder. Um grande líder tem essa capacidade dia após dia, ano após ano, em uma grande variedade de situações. (MAXIMINIANO, 2006, p.195)

Sendo assim, pode-se dizer que os líderes são extremamente importantes para o desempenho da organização e seu consequente crescimento, levando as equipes a serem úteis e servirem ao bem comum.

Um líder não é escolhido porque sabe tudo e pode tomar qualquer decisão. É escolhido para reunir o conhecimento disponível e então criar os pré-requisitos para a realização do trabalho. Elabora os sistemas que lhe permitem delegar responsabilidade para as operações do dia-a-dia. (CARLZON⁴, 2005, p.43, apud GARCIA, 2012)

Segundo Robbins (2005), as organizações precisam de liderança forte e administração forte para atingir sua eficácia ótima. No mundo de hoje, precisamos de líderes que desafiem o *status quo*, criem visões de futuro e sejam capazes de

1 KATZ, D. KAHN, R. L. **Psicologia Social das Organizações**. São Paulo: Atlas, 1974.

2 KOTTER, John P. **Os líderes necessários**. In: Liderança e gestão de pessoas: autores e conceitos imprescindíveis. São Paulo: Publifolha, 2002.

3 BENIS, Warren. **A nova liderança**. In: Liderança e gestão de pessoas: autores e conceitos imprescindíveis. São Paulo: Publifolha, 2002.

4 CARLZON, J. **A hora da verdade**. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

inspirar membros da organização a querer realizar estas visões.

Existem diversos conceitos de liderança, e todos apresentam que a figura do líder é imprescindível no ambiente de trabalho. Isso porque através de uma boa liderança a empresa conseguirá ter um clima organizacional satisfatório, com seus funcionários motivados, boas relações de trabalho, clientes satisfeitos, resultados positivos, bons lucros.

7.1.1 Características de um líder

Conforme Maximiniano (2006) a liderança é uma função, papel, tarefa ou responsabilidade que qualquer pessoa precisa desempenhar quando é responsável pelo desenvolvimento de um grupo. No papel de líderes, algumas pessoas são mais eficazes que outras, porque têm mais habilidade ou são mais motivadas. Pode ser que as duas características sejam interdependentes: as pessoas mais motivadas, provavelmente, são também as mais hábeis.

Os líderes devem possuir e cultivar algumas características que servirão de base para a liderança, dentre eles:

...ouvir atentamente; despertar empatia; desenvolver atitudes positivas e otimistas; exceder promessas e compromissos; reconhecer dúvidas e vulnerabilidades pessoais; ser energético em alto nível; e ser sensível às necessidades, aos valores e ao potencial de outros. (NASCIMENTO⁵, 2008, p.70, apud GARCIA, 2012)

Ainda segundo Nascimento (2008, p.70) apud GARCIA (2012), a solidificação da liderança implica em um processo contínuo e interminável, pois nenhum líder conseguirá jamais chegar à perfeição no que se refere a perspicácia e eficácia.

Segundo a teoria dos estilos de liderança, nos processos de tomada de decisão existe uma troca entre líderes e funcionários. Sendo assim, o líder passa a ser considerado pela organização como fator importante, capaz de influenciar nos resultados da sua equipe de trabalho. Banov⁶ (2008, p. 31), apud Araújo *et al* (2011, p.5), ressalta que “o estilo de liderança remete à maneira como os líderes se comportam e o que usam para controlar o comportamento dos liderados”.

De acordo com Weber⁷ (1996) apud Vedovello (2012, p.34), “as qualidades emanadas da pessoa do líder são denominadas de carisma e, aquelas provenientes do meio são entendidas como derivadas da burocracia, como estruturas racionais e legais”. Segundo esse conceito, o líder não nasce pronto para liderar, portanto, qualquer pessoa pode ser um líder, desde que aprenda e desenvolva a capacidade de liderança.

5 NASCIMENTO, E. **Comportamento Organizacional**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008

6 BANOVA, Márcia Regina. **Psicologia no gerenciamento de pessoas**. São Paulo, Atlas, 2008.

7 WEBER, G. B. **Desenvolvendo Líderes de Amanhã**. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; BECKHARDT, R. O líder do futuro. São Paulo: Futura, 1996.

7.1.2 Motivação dos liderados

Segundo o modelo de Fiedler, quanto melhor a relação líder- liderados, mais alto o grau da estrutura da tarefa e mais forte o poder da posição, mais controle o líder tem, sendo assim o líder tem um poder de envolver os liderados de forma a controlar seu comportamento. O líder tem um papel crucial para compreender o comportamento do grupo definindo metas para obtenção do resultado.

Seguidores ou liderados fies, que se deixam convencer pela mensagem intrínseca que o líder transmite, pela missão que propõem, por sua imagem, pela instituição que representa ou por outros fatores de natureza simbólica, emocional, ou moral. Carismática é o adjetivo que caracteriza a liderança associada ao liderado do tipo fiel. (MAXIMINIANO, 2006, p.195)

Se o líder tem suas ações positivas e são aceitas por seus seguidores, sua situação é favorável agora se os seguidores forem hostis, a situação se torna desfavorável, por isso é muito importante a aceitação do comportamento do líder.

7.1.3 Estilos de liderança

Os estilos de liderança são as formas como o líder se relaciona com os liderados, que pode autocrática, democrática, tirânica ou demagógica, sendo ou não compartilhado pela autoridade com seus liderados. Esses estilos são reconhecidos desde a Antiguidade clássica, e mesmo ao longo dos séculos o conceito não mudou. A figura 1 sintetiza os conceitos.

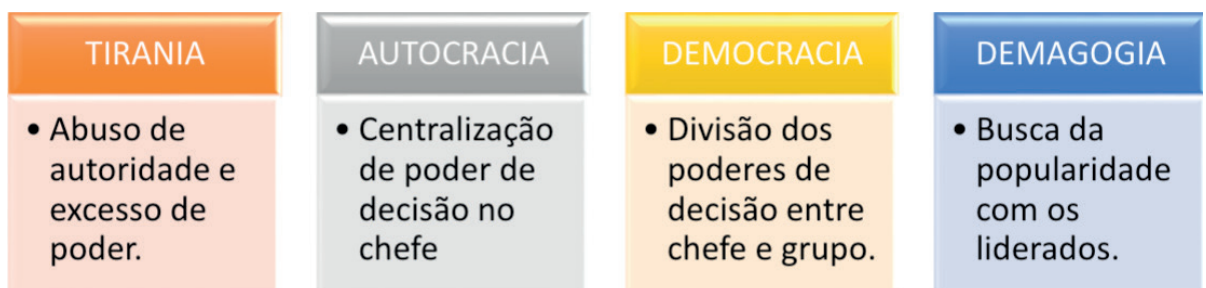


Figura 1 - Estilos de liderança

Fonte: Autoria própria

7.1.4 A diferença entre líder e chefe

É muito comum observar em cargos de chefia pessoas que não estão preparadas para conduzir ou liderar uma equipe. Muitas acham que ser chefe é a mesma coisa que ser líder, mas isso está errado visto que liderar não é a mesma coisa que chefiar.

Chefe é alguém que exerce o poder de mando em virtude de uma autoridade oficial ou oficiosa. Líder é uma pessoa que, graças à própria personalidade e não

O líder é alguém que dirige sua equipe levando em consideração a ajuda dos seus liderados, estando todos voltados para um objetivo comum e coletivo.

A palavra é usada não só para designar quem comanda (chefe) como para quem guia (líder). Na prática há enormes diferenças nos tipos de liderança. Às vezes o chefe não lidera e sim tem um poder autoritário sobre os liderados. Já o líder é a pessoa que tem maior domínio sobre os membros do grupo ou equipe. (SOBRINHO e ALMEIDA, 2002, p.27 apud GARCIA, 2012)

Torna-se possível observar que um líder tem seguidores que dividem as mesmas ideias e anseios. Porém o chefe, ou seja, aquele que exerce o poder, pode ser sabotado e não conseguir a adesão do grupo às suas ideias. Cabe ressaltar que um funcionário insatisfeito acaba influenciando muitos outros, podendo ter mais peso que o próprio chefe na defesa ou rejeição de uma ideia.

Então é possível verificar os seguintes pontos a respeito de liderança e chefia:

- Nenhuma liderança pode ser imposta.
- Ninguém ensina uma pessoa a ser líder; trata-se de uma habilidade é adquirida através das experiências vividas, dos problemas enfrentados e das oportunidades que surgiram no decorrer do tempo.
- Quanto maior o compromisso do líder, maior a sua responsabilidade, entendendo que os líderes são corresponsáveis no sucesso ou fracasso da organização;
- Liderar não é uma tarefa fácil, exigindo paciência, disciplina, respeito, humildade e compromisso.

7.2 Clima Organizacional

A cultura organizacional é entendida como um sistema de valores compartilhados pelos membros de uma organização que a diferencia das demais. Logo, a cultura organizacional representa a maneira pela qual seus membros percebem as características-chave que a empresa valoriza (ROBBINS, 2005).

Segundo Ferreira (2013), o ambiente das organizações influencia a motivação, pois o clima é a “qualidade” do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada por seus integrantes e influencia o seu comportamento. Se as pessoas não estão motivadas ou felizes em pertencer a uma organização, seu clima deve ser estudado. É por meio do clima organizacional que se expressam as percepções das

8 SOBRINHO, A. C; ALMEIDA, K. S. A. de. **A influência da liderança na eficácia da equipe em empresa familiar**. Belém, 2002. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/bibliotecavirtual/monografias/INFLUENCIA_LIDERANCA.PDF> Acesso em: 5 nov. 2012

pessoas em relação às organizações em que trabalham.

Luz (1995) considera o clima como o reflexo do estado de espírito das pessoas que predomina numa organização, num determinado período de tempo, não tendo impactos duradouros os fatos que acontecem no ambiente externo, porém têm forte influência, e os fatos internos ocorrem de forma mais intensa e permanente.

Portanto o clima organizacional é muito importante para o desenvolvimento das pessoas dentro da organização, pois suas variáveis influenciam no comportamento dos mesmos e na qualidade do ambiente de trabalho e está diretamente relacionado com o grau de satisfação, as expectativas e as necessidades dos integrantes de uma organização.

7.2.1 Influencia da liderança no clima organizacional

O papel da liderança influencia no clima organizacional e é importante nas etapas do desenvolvimento do ambiente de trabalho.

Liderança na gestão do clima organizacional solicita algumas atividades para que esta seja bem conduzida. Mostrar de forma clara aonde quer chegar, fazendo um entendimento claro do momento real para que os colaboradores possam desempenhar o melhor de si, para a busca eficaz dos resultados. Uma variável correlacionada a esse tema é a credibilidade, que é embasada na coerência do que se propõem a organização e ações para o resultado. Não existindo o melhor estilo de liderança e sim o que melhor adéqua aos valores da organização, e aos propósitos do momento em que a organização se encontra (GEHRINGER, 2003)

Portanto é muito importante desenvolver um clima favorável dentro das organizações, permitindo um amplo diálogo e convivência entre colaboradores e seus líderes. O líder é a figura responsável em criar um bom relacionamento, e influenciar seus colaboradores a desenvolver suas atividades dentro da empresa por isso se faz necessário um ambiente favorável, saudável e agradável para que o relacionamento entre líder e liderados seja otimizado.

8 | DESENVOLVIMENTO

Foi desenvolvido um questionário quantitativo contendo 02 itens de caracterização dos respondentes: sexo e idade. Todos os respondentes são do sexo feminino, e a média de idade é de 41 anos.

A primeira pergunta foi: Você se sente seguro na empresa que trabalha? Para 58% a sensação é de insegurança (7 pessoas), para 33% (4 pessoas) é seguro, e apenas 8% (1 pessoa) sente-se muito insegura.

A pergunta 2 refere-se ao relacionamento com os colegas, sendo que 92% (11

peças) responderam que mantêm um bom relacionamento.

A pergunta 3 refere-se à satisfação de ter suas ideias ouvidas pela empresa. O 58% dos respondentes disseram estar satisfeitos, 25% insatisfeitos e 17% muito satisfeito.

A pergunta 4 está relacionada ao reconhecimento pelo trabalho realizado, sendo que 75% (9 pessoas) declararam que são pouco reconhecidas, 8% (1 pessoa) que não é nada reconhecida, e 17% (2 pessoas) são reconhecidas.

A pergunta 5 refere-se ao relacionamento com a liderança, com 67% respondendo que é bom, 25% regular e 8% ruim. Sobre o contato direto com a liderança, pergunta 6, 75% disseram que têm pouco contato, 8% que têm contato e 17% que não têm nenhum contato.

A pergunta 7 questiona sobre as condições no ambiente de trabalho, tais como temperatura, higiene, mobiliário, ruído e materiais. Para 25% as condições são ruins, para 42% são regulares, e para 33% são boas.

A pergunta 8 questiona com que frequência a liderança informa sobre os fatos importantes que estão acontecendo na empresa, sendo que 67% responderam raramente, 17% responderam nunca e 17% quase sempre.

Sobre a gestão da liderança, pergunta 9, 75% acha que é regular (9 pessoas), 8% que é boa (1 pessoa) e 17% que é ruim (2 pessoas). A pergunta 10 questiona sobre a satisfação com o local de trabalho, sendo que 67% (8 pessoas) responderam estar insatisfeitas e 33% (4 pessoas) estão satisfeitas.

A pergunta 11 foi sobre estar satisfeito com a quantidade e funcionários conforme a demanda do serviço. Quase a totalidade, 83% (10 pessoas) responderam estar muito insatisfeitas, e 17% (2 pessoas) estão insatisfeitas.

A pergunta aberta refere-se ao que poderia ser feito para melhorar o setor em estudo. Foram várias as respostas, mas a falta de funcionários (23%), de material (20%) e de estrutura física (17%) foram as mais citadas, tal como mostra a figura 2.

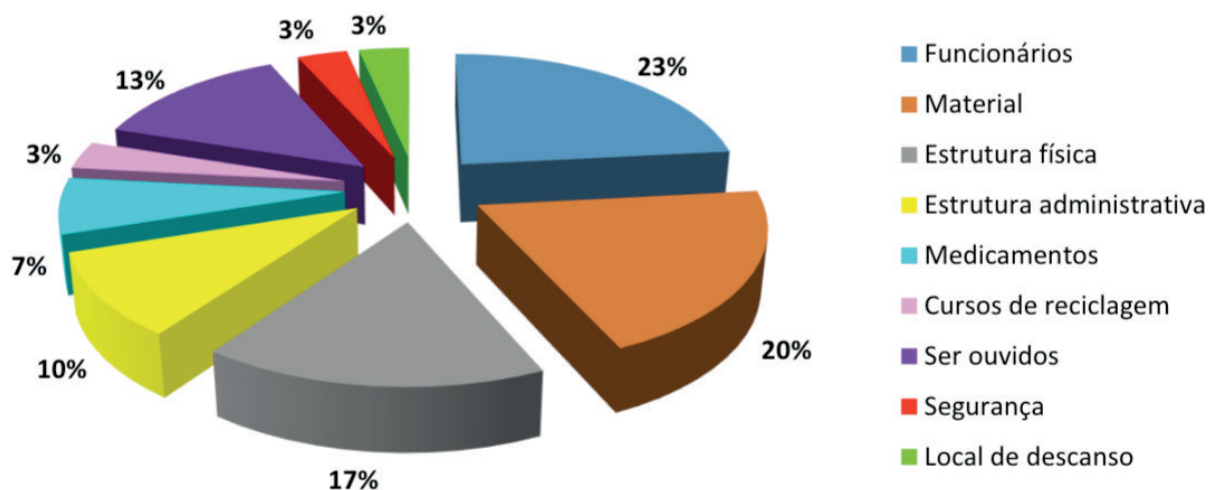


Figura 2 - Relacionamento com colegas e líderes

Fonte: Compilação de dados da pesquisa própria.

8.3 Cruzamento de dados

As perguntas 2 e 5 referem-se ao relacionamento com os colegas e com os líderes. É possível verificar que a maioria dos entrevistados tem um relacionamento bom com uns e outros.

O fato de manter um bom relacionamento com os líderes provavelmente está relacionado ao contato com os mesmos (pergunta 6), visto que a grande maioria (75%) tem pouco contato com eles. Essas relações são mostradas na figura 3.

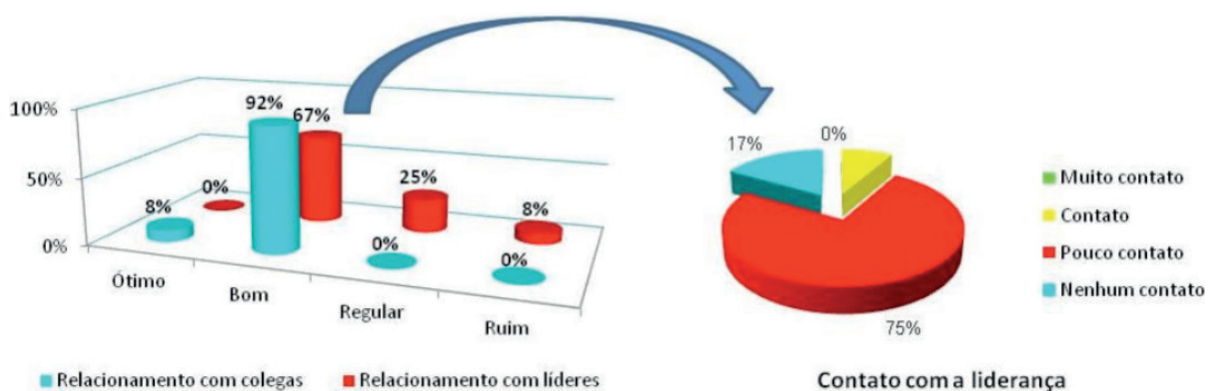


Figura 3 - Relacionamento com colegas e líderes

Fonte: Compilação de dados da pesquisa própria.

Com relação à gestão da liderança (pergunta 9), a maioria (75%) declarou ser regular. Esse fato também pode estar relacionado ao pouco contato existente com os líderes (pergunta 6), mas certamente está relacionado ao fato dos funcionários se sentirem pouco reconhecidos pelo trabalho executado no hospital (pergunta 4). Os dados podem ser vistos na figura 4.



Figura 4 - Reconhecimento **vs** contato com liderança

Fonte: Compilação de dados da pesquisa própria.

Com relação ao local de trabalho (pergunta 10), a maioria (67%) respondeu estar insatisfeito. Essa insatisfação certamente está relacionada às condições do ambiente de trabalho (pergunta 7), visto que 67% dos entrevistados fizeram uma avaliação negativa do mesmo. Também tem relação com a quantidade de funcionários do setor (pergunta 11), que teve uma avaliação negativa por parte de 100% dos entrevistados. Os gráficos correspondentes são mostrados na figura 5.

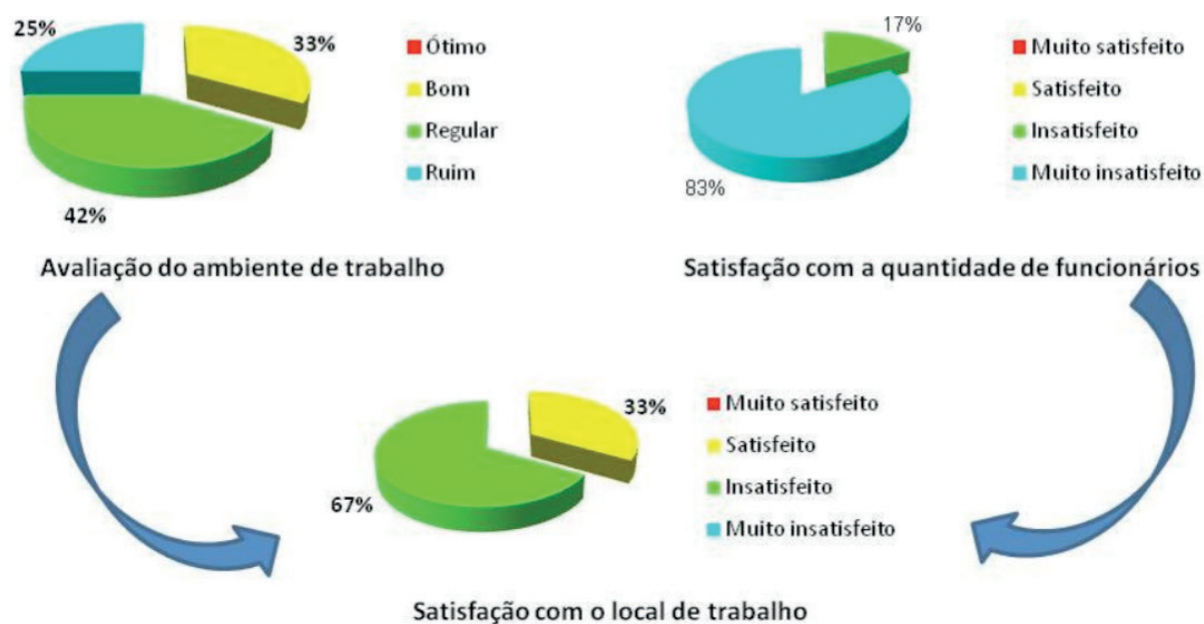


Figura 5 - Local de trabalho **vs** Ambiente e Quantidade de funcionários

Fonte: Autoria própria

9 | CONCLUSÃO

Após a análise dos questionários aplicados aos funcionários do hospital, é possível verificar que a maioria dos entrevistados tem um bom relacionamento com

a liderança. No entanto, eles acham a gestão apenas regular, conceito que está relacionado à falta de contato com os líderes, à falta de reconhecimento pelo serviço prestado, à falta de comunicação por parte da liderança, às próprias condições do ambiente de trabalho, à falta de funcionários.

Segundo a teoria dos estilos de liderança, nos processos de tomada de decisão existe uma troca entre líderes e funcionários. Na organização estudada os funcionários declaram estar satisfeitos por terem suas ideias ouvidas pela organização, mas a falta de contato com os líderes impede essa troca contínua.

Considerando que um líder consegue que os colaboradores o acompanhem, apoiem, sigam suas ideias, o que se vê no Hospital Regional de Betim são líderes falhos, demagógicos, que mantêm um bom relacionamento e escutam os funcionários, mas não melhoram as condições de trabalho. Se considerar que a liderança é aprendida através de exemplos, a conclusão é ainda pior, vista a falta de contato com os líderes.

As organizações precisam de liderança para se tornar fortes e atingir uma ótima eficácia; líderes que inspirem, que motivem os funcionários, que consigam criar um clima organizacional agradável, levando a bons resultados. Os entrevistados responderam estar insatisfeitos com o local de trabalho, com o ambiente e com a liderança. Essa situação cria um clima negativo, expondo a falta de qualidade do ambiente de trabalho.

Em conclusão, o estilo de liderança utilizado no Hospital Regional de Betim por um lado é positivo, visto que existe bom relacionamento entre os funcionários e entre estes e a liderança. Por outro lado é negativo, visto que não há convivência entre líderes e liderados, além do baixo grau de satisfação e da falta de atendimento às necessidades dos funcionários. Pode-se dizer, então, que as falhas dos líderes estão diretamente relacionadas ao clima organizacional insatisfatório que a organização apresenta.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Amanda de Caldas; SILVA, Simone Costa; SOUSA, Francicleide Gonçalves de. **Estilo de Liderança Gerencial na Perspectiva dos Liderados: um Estudo na Via Leste Motos Ltda.** Trabalho apresentado no VIII SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2011. Disponível em <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/47014585.pdf>. Acesso em 18/03/2020.

CHIAVENATO, I. *Gestão de Pessoas*. 7ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

FERREIRA, Patricia Itala. **Série MBA Gestão de Pessoas: clima organizacional e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GARCIA, Denise B. **Os diferentes tipos de liderança e sua influência no clima organizacional**. Artigo publicado no site Administradores.com.br. Disponível em <http://www.administradores.com.br/producao-academica/os-diferentes-tipos-de-lideranca-e-sua-influencia-no-clima-organizacional/5220/>. Acesso em 18/03/2020.

GEHRINGER, Max. **O Clima anda pesado?** Comunidade Virtual de Profissionais de Recursos Humanos. Artigo publicado em 11 de março de 2003. Disponível em <http://www.rh.com.br>. Acesso em 20/03/2020.

LUZ, Ricardo. **Clima organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Teoria geral da administração**. Ed. compacta. São Paulo: Atlas, 2006.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento Organizacional**. 11ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

SABOIA, Juliana; CHIES, Solange. **Considerações sobre a Influência da Liderança no Clima Organizacional: Estudo de Caso Múltiplo**. Trabalho apresentado no IX SEGeT - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2012. Disponível em <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/8716377.pdf>. Acesso em 20/03/20

VEDOVELLO, João Gilberto. **A influência da liderança no clima organizacional das micro e pequenas empresas da região metropolitana de campinas**. Dissertação de Mestrado apresentada na FACCAMP. 2012. Disponível em http://www.faccamp.br/madm/Documentos/producao_discente/2012/09setembro/JoaoGilbertoVedovello/dissertaCAo.pdf. Acesso em 18/03/20.

CAPÍTULO 5

CONTRIBUIÇÃO DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO PARA REDUÇÃO DOS CASOS DE ÓBITO INFANTIL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/05/2020

br/1812136024222747

Simone Souza de Freitas

Enfermeira pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <https://www.cnpq.br/3885340281560126>

Fernando Matias Monteiro Filho

Graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2766266274077398>

Kaio Felipe Araújo Carvalho

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2942526716244466>

Ligiane Josefa da Silva

Graduação em enfermagem pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5743095047901710>

Larissa Regina Alves de Moraes Pinho

Enfermeira pela Fundação de Ensino Superior de Olinda – FUNESO. Olinda, PE, Brasil <http://lattes.cnpq.br/9614494586615077>

Milena Rafaela da Silva Cavalcanti

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2766266274077398>

Maiza Moraes da Silva

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2766266274077398>

Raniele Oliveira Paulino

Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7717761217010566>

Stefany Catarine Costa Pinheiro

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7844484988971593>

Sarah Ellen Lopes de Albuquerque Alves e Silva

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/0093202292600412>

Sérgio Pedro da Silva

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/65440685133733561>

Vitória Andrade Bezerra

Graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda – FACHO. Olinda, PE, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/8523381253244628>

RESUMO: **Objetivo:** Sistematizar o conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pela vigilância do óbito que atuam com a prevenção do óbito infantil e sua contribuição na redução da mortalidade.

Método: Revisão integrativa de literatura, realizada no mês de dezembro de 2019, nas bases de dados PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, BDeinf e SciELO. Os 34 estudos selecionados foram organizados e analisados com auxílio do *Microsoft Excel®*.

Resultados: Há vigilância do óbito infantil, nacional, regional, estadual e municipal que analisam óbitos e realizam atividades para qualificar a assistência materno-infantil e alimentar os sistemas de informação em saúde. **Conclusão:** A vigilância do óbito infantil desenvolve atividades de coleta, produção, análise e divulgação de informações relacionadas ao óbito. Assim como, propiciou o aperfeiçoamento das informações sobre os eventos vitais, contribuindo para a melhoria da especificação das causas básicas e da evitabilidade do óbito infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Comitê de profissionais, Mortalidade infantil, Gestão em saúde.

CONTRIBUTION OF DEATH SURVEILLANCE TO REDUCE CHILDHOOD DEATH CASES IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Systematize the knowledge about the activities developed by death surveillance that work with the prevention of infant death and its contribution in reducing mortality. **Method:** Integrative literature review, carried out in December 2019, in the PubMed, CINAHL, Scopus, LILACS, BDeinf and SciELO databases. The 34 selected studies were organized and analyzed with the aid of Microsoft Excel®. **Results:** There is surveillance of infant, national, regional, state and municipal deaths that analyze deaths and carry out activities to qualify maternal and child care and feed health information systems. **Conclusion:** Child death surveillance develops activities for the collection, production, analysis and dissemination of information related to death. As well as, it provided the improvement of information on vital events, contributing to the improvement of the specification of the basic causes and the avoidability of infant death.

KEYWORDS: Committee of professionals, Child mortality. Health management.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de vida e é a base para calcular a taxa de mortalidade infantil, que consiste na mortalidade infantil observada durante um ano, referida ao número de nascidos vivos do mesmo período¹. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos indicadores mais empregados para avaliar os aspectos sociais e econômicos de uma sociedade, pois reflete a situação de saúde, de saneamento básico e das desigualdades sociais e de renda, além de contribuir no direcionamento de políticas públicas voltadas para a área da saúde e para o desenvolvimento socioeconômico². Para compreender melhor

sua ocorrência, a TMI tem sido analisada geralmente a partir dois componentes: O primeiro deles é a mortalidade neonatal, que são os óbitos infantis de 0 a 27 dias, subdivididos em: neonatal precoce, aqueles óbitos de 0 a 6 dias completos de vida; e neonatal tardio, que são os óbitos de 7 a 27 dias de vida. Já o segundo componente é a mortalidade pós-neonatal, que são os óbitos de 28 dias de nascimento até um ano de idade ³.

De acordo com França et al (2017) as falhas na assistência e de orientações às gestantes, as mulheres com trabalho remunerado estão mais suscetíveis a enfrentarem a morte infantil, o que pode ser atribuído ao estresse e jornada dupla, em casa e no ambiente de trabalho, assim como, a deficiência na assistência hospitalar no parto e ao recém-nascido são particularmente relevantes na ocorrência dos óbitos no primeiro ano de vida⁴. A mortalidade infantil permanece como problema de saúde pública no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos⁵. Por esse motivo, a Organização das Nações Unidas considerou a redução da mortalidade infantil em 2/3 como objetivo de desenvolvimento do milênio a ser alcançado até 2015⁶. No Brasil, os avanços foram expressivos, é um dos 62 países que alcançaram a meta de redução da mortalidade infantil, perfazendo uma redução de 73% no período 1990-2015⁷.

De acordo com Oliveira et al, 2017 a boa evolução dos indicadores se deu através dos programas de políticas públicas, a exemplo do Programa Bolsa Família (PBF) e Bolsa Alimentação, Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Terapia de Reidratação Oral (TRO), Programa Nacional de Imunização (PNI) e investimentos em políticas sociais, essencialmente nas áreas de saúde, educação e combate à pobreza. O Ministério da Saúde instituiu a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil nos serviços de saúde (públicos e privados) através da Portaria nº 72, de 11/01/2010⁸. A portaria estabeleceu que é atribuição da Vigilância Epidemiológica a investigação, a busca ativa, a análise e o monitoramento de óbitos infantis devem ser analisados por profissionais da saúde designados pelas Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais, e o Distrito Federal⁹. Esta ação visa qualificar as informações, ampliar a identificação dos fatores determinantes do óbito infantil e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência desses eventos¹⁰. O instrumento base para o desencadeamento do processo de investigação do óbito que trata esta portaria é a Declaração de Óbito (DO) ¹¹. A partir da DO o município deve realizar a busca ativa dos óbitos nas fontes notificadoras¹. Para etapa da coleta das informações detalhadas da busca ativa o município deve utilizar a ficha de notificação do óbito³. Com a ficha preenchida, o município deve alimentar o módulo de investigação do óbito no SIM, onde existe campo específico para receber estas informações e com isso qualificar a informação em saúde e produzir indicadores com maior qualidade⁵. A vigilância do óbito infantil (VOI) é reconhecida

como uma importante estratégia para o conhecimento da situação de saúde e da assistência prestada pela rede de atenção materno-infantil, onde, essas atividades são vinculadas aos Comitês de Prevenção dos Óbitos Municipais, Regionais e Estaduais¹. O conhecimento do processo de desenvolvimento da VOI pode contribuir para análise desta evitabilidade, a efetivação da estratégia, além de fornecer informações relevantes sobre os desafios na operacionalização, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e propor intervenções para redução da mortalidade³. Este artigo teve por objetivo relatar a experiência da vigilância do óbito infantil no Brasil e sua contribuição na redução da mortalidade infantil, onde a atividade era realizada anteriormente à instituição dessa vigilância pelo Ministério da Saúde. Aborda-se a utilidade dessa estratégia para a gestão da política de saúde da mulher e da criança, a produção de informações relevantes e a formação de consciência crítica dos profissionais da Saúde.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, cujo método permite a síntese de estudos já publicados, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e visualização de lacunas existentes ². O delineamento do estudo se deu por meio das recomendações do check list do PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies e da elaboração de um protocolo, validado por parecerista expert, constituído de seis etapas metodológicas ¹. Na primeira etapa, delimitou-se a questão para a revisão: Como se apresenta a literatura científica acerca das atividades desenvolvidas pela vigilância do óbito infantil no Brasil que atuam com a prevenção do óbito infantil? Na segunda etapa foi realizada a busca na literatura e a seleção dos estudos. Utilizaram-se como filtros idiomas português, inglês e espanhol; no recorte temporal de 2015 a 2019. Foram incluídos resultados de pesquisas, relatos de experiência, estudos de reflexão, revisões e relatórios de gestão, teses, dissertações. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais, boletins epidemiológicos, livros e artigos que não atendessem o escopo desta revisão. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases bibliográficas eletrônicas no mês de dezembro de 2019, sendo elas: PubMed) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados palavras-chave sendo eles: mortalidade infantil, óbito infantil, óbitos infantis, mortalidade neonatal, comitê de profissionais; e seus respectivos termos em inglês e espanhol. Identificaram-se 3.890 estudos nas

seis bases de dados pesquisadas. Na terceira etapa os estudos identificados foram pré- -selecionados por meio da leitura de título, resumo, palavras-chave, excluindo-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 45 artigos. Estes foram lidos na íntegra, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 30 estudos (Figura 1). Na quarta etapa, os estudos selecionados foram organizados no Microsoft Excel® com os seguintes itens: base de dados, periódico, ano, autor, título, objetivo, método, atividades realizadas. A quinta etapa consistiu na análise e interpretação dos resultados e discussão, destacando-se dos trabalhos as atividades realizadas pela vigilância do óbito infantil para a prevenção do óbito infantil. Na última etapa, organizou-se a revisão e síntese do conhecimento produzido acerca das atividades realizadas pelos comitês para a prevenção do óbito infantil.

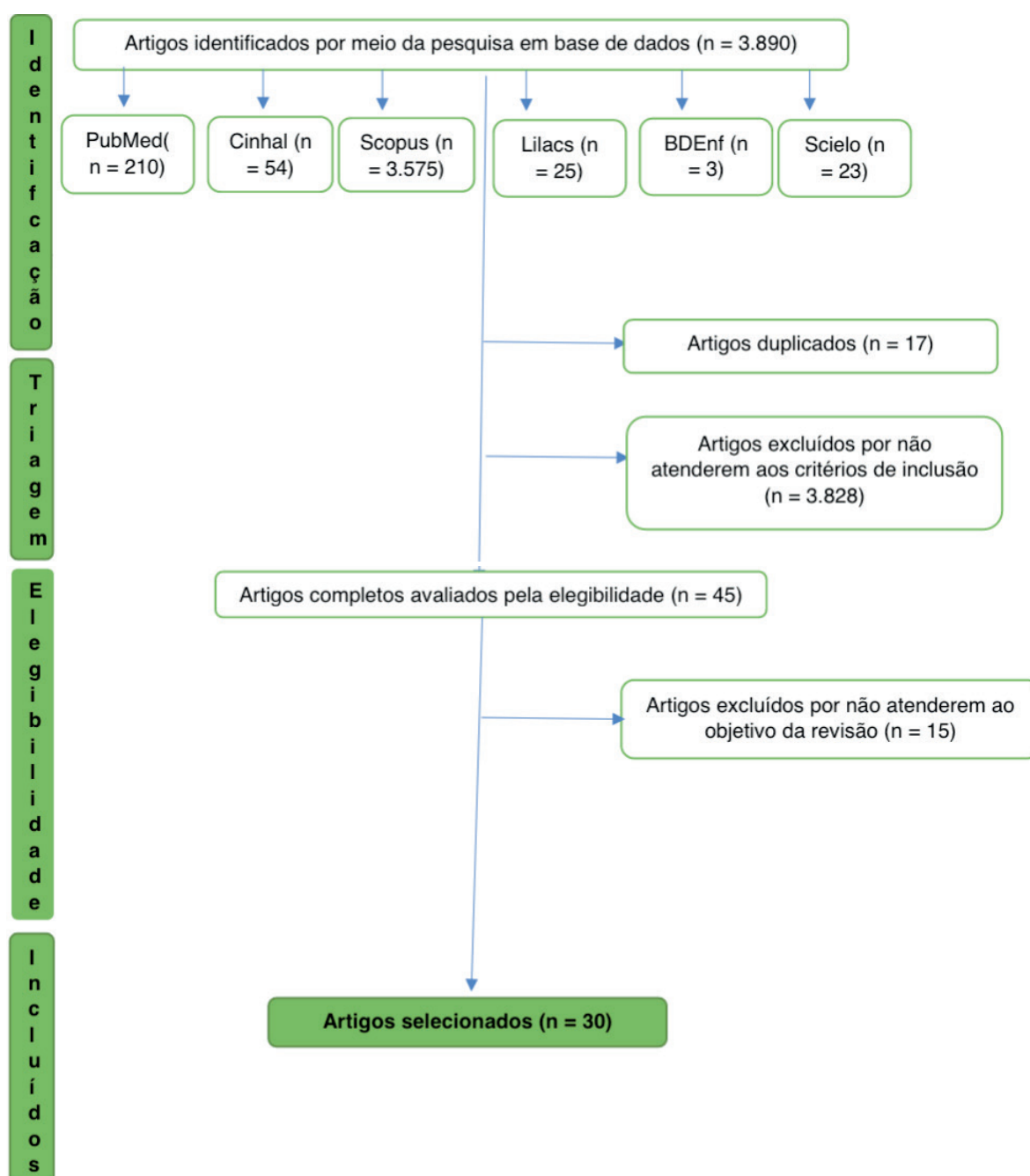


Figura 1 – Fluxograma de coleta e seleção dos estudos

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

3 | RESULTADOS

Dos 30 estudos selecionados, 15 estavam indexados na *Scopus*, dois na CINAHL, nove no PubMed, dois na SciELO, dois na LILACS. Na BEDEnf não foi encontrado artigo que atendesse aos objetivos desta revisão. Os locais dos estudos foram no Brasil com 30 estudos. O ano com maior número de publicações foram 2014 e 2015 (sete em cada ano); seguido de 2016 (seis); 2017 (cinco); 2018 (três); e 2019 com dois estudos. Em relação ao delineamento da pesquisa, os estudos apresentaram abordagem descritiva e exploratória, relato de experiência (sete), descritivo transversal (dois), descritivo transversal retrospectivo (um), descritivo exploratório retrospectivo (um), descritivo retrospectivo (um), ecológico retrospectivo (um), análise de concordância (um) e estudo de agregados (um).

Os âmbitos de atuação da vigilância dos óbitos em conjunto com os comitês variam de nacionais, regionais, estaduais e municipais. Os comitês de âmbito nacional representam o topo da hierarquia de produção das informações sobre a mortalidade e de onde são formuladas as principais metas e políticas a serem alcançadas em nível nacional, estadual e municipal². Os comitês regionais têm suas atividades concentradas em regiões de maior vulnerabilidade no Brasil, com características e necessidades específicas. Os comitês estaduais e municipais são responsáveis pela produção de informações por meio da vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis ⁵. O quadro 1 apresenta os estudos selecionados, agrupados quanto ao âmbito de atuação, caracterizados pelo autor, título e objetivo do estudo, e uma síntese das atividades desenvolvidas pelos comitês de acordo com o âmbito. Em todos os âmbitos, as atividades dos comitês e da vigilância do óbito infantil no Brasil se destacam pela atuação de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, patologistas, epidemiologistas, obstetras, ginecologistas e educadores de saúde; com representantes de instituições públicas e privadas, em nível de atenção primária, secundária e terciária.

Autor	Título	Objetivos	Atividades
Nacional			
Brando DH, 2014	Tendência das taxas de mortalidade infantil e de seus componentes em Guarulhos-SP, no período de 1996 a 2011	Analisar as tendências das taxas de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes em Guarulhos-SP, no período 1996-2011.	<p>Integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais;</p> <p>Atenuar lacunas entre as áreas urbanas e rurais;</p> <p>Atuar sobre os determinantes sociais;</p> <p>Monitorar antes, durante e após o nascimento;</p> <p>Fazer recomendações sobre a importância dos registros vitais e estatísticas;</p> <p>Produzir de dados estatísticos sobre mortalidade infantil e fetal;</p> <p>Analisar as taxas de mortalidade infantil e fetal;</p> <p>Elucidar os fatores que influenciam na mortalidade</p>
SilvaAL,2014	Fatores de risco independentes associados a óbitos infantis	Identificar os fatores de risco independentes associados aos óbitos infantis registrados nos sistemas informatizados públicos brasileiros.	

Santos HG, 2014	Concordância sobre causas básicas de morte infantil entre registros originais e após investigação: análise de dois biênios nos anos 2000	Analisar a concordância entre a causa básica de morte infantil informada na Declaração de Óbito (DO) e a definida após investigação pelo Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI), em Londrina, Paraná, nos biênios 2000/2001 e 2007/2008.
SantosMBSRO,2014	Mortalidade Infantil antes e após a implantação do Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil	Analisar a evolução da mortalidade infantil antes e após instalação do Comitê em um município de porte médio no norte de Minas Gerais, buscando correlacionar sua atuação com o comportamento da mortalidade infantil e perinatal.
Oliveira GS,2014	Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias	Analisar a relação entre o comportamento espacial da mortalidade infantil e a adequação das informações vitais.
Lourenço EC,2014	Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008	Verificar a relação entre variáveis socioeconômicas, demográficas e modelo de atenção, em relação ao coeficiente de mortalidade infantil, no período de 1998 a 2008
Ribeiro DR,2014	Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009	Analisar as características do óbito infantil nos extremos de idade materna.

Brum CA,2015	Mortalidade Infantil em Novo Hamburgo: Fatores Associados e Causas Cardiovasculares	Descrever as causas da mortalidade infantil no município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, no período de 2007 a 2010
Feitosa AC,2015	Fatores associados à mortalidade infantil na região metropolitana de Cariri, Ceará, Brasil	Analisar os fatores associados à mortalidade infantil na região metropolitana de Cariri, Ceará, Brasil
Santos SPC,2015	Óbitos infantis evitáveis em Belo Horizonte: análise de concordância da causa básica, 2010-2011	Analisar o perfil dos óbitos infantis evitáveis investigados e a concordância entre a causa básica da declaração de óbito (DO) original e da DO após investigação.
Silveira ML,2015	Mortalidade infantil no município de Santo Antônio da Patrulha	Descrever as causas da mortalidade infantil no município de Santo Antônio da Patrulha, RS, 200-2012.
Amaral EH, 2015	Associação entre mortalidade infantil e a cobertura de saneamento em Município do Sudeste Mineiro.	Verificar a cobertura dos serviços de saneamento e estabelecer uma relação com a incidência de mortalidade infantil.
Gaíva MAM,2015	Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis	Analisar os óbitos neonatais de acordo com a Lista de Causas de Morte Evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Gonçalves AC, 2015	Tendência da mortalidade neonatal na cidade de Salvador (Bahia-Brasil), 1996-2012	Analisar a tendência da mortalidade neonatal, principais causas e potenciais fatores de risco, em Salvador-Bahia, 1996-2012.

Autor	Título	Objetivos	Atividades
Regional			
Areco KCN, 2016	Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo - 1996 a 2012	Conhecer a tendência e a composição da taxa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo de 1996 a 2012.	<p>Coletar dados de certidões de nascimento e de óbito e de relatórios de autópsia;</p> <p>Produzir dados estatísticos sobre mortalidade infantil;</p> <p>Elucidar os fatores que influenciam na mortalidade infantil;</p> <p>Analisar a sequência de eventos que levou ao desfecho do óbito;</p> <p>Classificar os óbitos de acordo com a sua evitabilidade;</p> <p>Propor estratégias para serem implementadas como medidas de prevenção;</p> <p>Fornecer ferramentas às instituições de saúde para melhorar o serviço prestado;</p> <p>Dar recomendações às instituições de saúde;</p> <p>Realizar programas de educação em saúde; Realizar campanhas de prevenção.</p>
Oliveira CM, 2016	Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito	Analisar a tendência temporal da mortalidade infantil na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil e avaliar a contribuição da vigilância do óbito como instrumento para aprimoramento das estatísticas vitais e planejamento de ações.	

Careti CM, 2016	Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil	Identificar as ações em saúde que visam à redução da mortalidade infantil na atenção básica em um município do interior paulista
GomesFAR,2016	Mortalidade infantil no Brasil e no Sudeste: Determinantes e Perspectivas para o Futuro	Analisar os determinantes da mortalidade infantil entre os municípios brasileiros em 1991 e 2000
MouroWA,2016	Mortalidade infantil no Planalto Norte Catarinense e as questões do desenvolvimento da região	Apresentar os indicadores de mortalidade infantil na 25ª SDR de SC na última década (1999-2010) e aproximá-los das questões de desenvolvimento da mesma região.
PereiraARA,2016	Mortalidade de crianças e adolescentes no Distrito Federal e região do Entorno (RIDE): condições de vida e desigualdades intra-urbanas	Analisar a mortalidade infantil (neonatal e posneonatal) e infanto-juvenil (entre 1 e 19 anos), segundo estruturas por causas de mortes e condições socioeconômicas, evidenciando as desigualdades dentro do Aglomerado urbano do Distrito Federal (Distrito Federal e Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal - RIDE).
Tavares LT,2017	Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012	Analisar as causas e taxas de mortes evitáveis em crianças com menos de um ano de idade na Bahia no período de 2000 a 2012.
Silva PAS,2017	Perfil epidemiológico da mortalidade infantil em Venâncio Aires entre 2004 e 2014	Descrever o perfil epidemiológico da mortalidade infantil em Venâncio Aires, entre os anos 2004 e 2014.

Silva PLN, 2017	Evitabilidade da mortalidade infantil na região de saúde de Janaúba/Monte Azul, Minas Gerais, Brasil	Analisar a evitabilidade da mortalidade infantil na região de saúde de Janaúba/Monte Azul, Minas Gerais, Brasil.	
Autor	Título	Objetivos	Atividades
Estadual			
Gava C, 2017	Mortalidade infantil por cor ou raça em Rondônia, Amazônia Brasileira	Analisar a qualidade dos registros de nascidos vivos e de óbitos infantis e estimar a taxa de mortalidade infantil segundo cor ou raça, a fim de explorar iniquidades étnico-raciais em saúde.	Estabelecer uma rede de vigilância do óbito infantil e fetal; Investigar a ocorrência do óbito infantil e fetal; Analisar a sequência de eventos que levaram ao desfecho do óbito;
Araújo IA, 2017	Vigilância Epidemiológica em Saúde Coletiva: Análise de Indicadores de Mortalidade Infantil em uma capital do Nordeste brasileiro	Analisar os indicadores de mortalidade infantil e fetal, em Fortaleza, Ceará	Integrar aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais; Dar recomendações às instituições de saúde; Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde; Mobilizar parcerias.
Autor	Título	Objetivos	Atividades
Municipal			

Ramalho AA, 2018	Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015	<p>Analisar a tendência da mortalidade infantil em Rio Branco, AC, de 1999 a 2015.</p>	<p>Alimentar os bancos de dados para as estatísticas;</p> <p>Estabelecer uma rede de vigilância do óbito infantil;</p> <p>Sensibilizar os profissionais para o correto preenchimento da Declaração de Óbito;</p> <p>Investigar a ocorrência do óbito infantil;</p> <p>Realizar entrevista domiciliar;</p> <p>Discutir os casos de óbito com uma equipe multiprofissional;</p> <p>Analisar a sequência de eventos que levaram ao desfecho do óbito;</p> <p>Levantar diagnóstico situacional;</p> <p>Dar recomendações às instituições de saúde;</p> <p>Promover discussão com os profissionais envolvidos na assistência;</p> <p>Propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas para prevenção, promoção e reorganização dos serviços de saúde.</p>
GadelhaKV, 2018	Mortalidade infantil no município de São Lourenço da Mata: Um Estudo no período de 2006 a 2015	<p>Analisar a série histórica da mortalidade infantil, seus componentes e causas no município de São Lourenço da Mata-PE.</p>	

Marques LJP, 2018	Avaliação da completude da ficha de investigação dos óbitos infantis no Recife-PE, 2014	Avaliar o grau de preenchimento das variáveis da ficha de investigação dos óbitos infantis por componente etário da mortalidade no Recife, Pernambuco, Brasil, em 2014.	
Aragão JS, 2019	Situação Epidemiológica da Mortalidade Infantil nos Anos de 2015 e 2016: em um município da região centro-sul de Sergipe	Identificar a situação epidemiológica da mortalidade infantil em um município da região centro-sul (Lagarto) de Sergipe, entre os anos de 2015 e 2016	
Silva CJB, 2019	A mortalidade infantil nos municípios de Pernambuco utilizando Modelo Linear Generalizado Misto	Identificar quais fatores influenciam a taxa de mortalidade infantil, em nível municipal, para o estado de Pernambuco no período de 2000 a 2012	

4 | DISCUSSÃO

No Brasil, O declínio da mortalidade infantil ocorreu de forma expressiva no período de 1990 a 2015. Entre os principais fatores contribuintes para a redução da mortalidade infantil destacam-se: o avanço das tecnologias médicas (especialmente a imunização e terapia de reidratação oral); o aumento no aleitamento materno; a expansão do saneamento básico; a queda na fecundidade; a ampliação das coberturas da atenção pré-natal e parto hospitalar. Assim como, à melhoria da qualidade da atenção primária, ampliação da cobertura da ESF e qualificação da assistência ao parto e nascimento. Para a redução da mortalidade infantil além de políticas públicas intersetoriais e ações e programas de saúde, novas estratégias vêm sendo propostas, a exemplo da vigilância do óbito infantil. Essa iniciativa tem favorecido a compreensão das circunstâncias em que o evento ocorreu, além do mais, ao tentar eliminar barreiras do diálogo entre profissionais com diferentes saberes e competências, inseridos em diversos serviços de saúde, promove o conhecimento social e técnico-assistencial das situações de seus territórios e a coesão na busca dos melhores caminhos para o enfrentamento de situações complexas, vivenciadas no cotidiano dos serviços¹¹. A vigilância do óbito infantil ao agregar – na discussão – os envolvidos na assistência ao caso, configura-se como uma experiência inovadora, capaz de subsidiar mudanças nas práticas assistenciais, na formação de

trabalhadores e gestores da Saúde, no planejamento e na organização da rede de atenção materno-infantil com a prevenção de novas ocorrências de óbitos.

5 | CONCLUSÃO

Os estudos mostraram que, em todos os âmbitos de atuação da vigilância do óbito infantil, as atividades desenvolvidas são realizadas de forma a se complementarem, seguindo um fluxo de coleta, produção, análise e divulgação das informações. A vigilância do óbito infantil no Brasil, independentemente do âmbito em que atuam, visam a redução da mortalidade infantil. Este estudo contribui para sistematizar o conhecimento sobre as atividades realizadas pela vigilância do óbito infantil, permitindo o compartilhamento de experiências que vão ao encontro das metas estabelecidas pelos ODS. Ademais, oferece uma reflexão aos profissionais de saúde acerca das ações e estratégias organizacionais de prevenção da mortalidade infantil e qualificação da assistência. Diante disso, é fundamental traçar metas para que se evite o óbito em menores de um ano através de um pré-natal de qualidade, qualificação profissional, melhora da estrutura assistencial e implementação das ações na atenção primária. Contudo, não foram encontradas pesquisas com alto nível de evidência, sendo está uma limitação deste estudo. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que abordem a temática, tendo em vista a relevância técnico-científica e social da vigilância do óbito na prevenção da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS** [Internet]. 2019 [citado em 2019 abr 17]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Nota técnica: vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais. Brasília (DF); 2016.

França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. **Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença**. Rev Bras Epidemiol. 2017;20(1 Suppl):46-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000500005>. PMID:28658372.

Fonseca SC, Flores PVG, Camargo Jr KR, Pinheiro RS, Coeli CM. **Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal**. Rev Saude Publica. 2017;51(94):1-7. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007013>. PMID:29166446.

Gava C, Cardoso AM, Basta PC. **Mortalidade infantil por cor ou raça em Rondônia, Amazônia Brasileira**. Rev Saude Publica. 2017;51(35)18.

Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, Santos RV. **Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil**. Rev Bras Enferm. 2019;72(1):57-63. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>. PMID:30916268.

Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, Frias PG, Antonino VCS, Medeiros ZM, et al. **Vigilância do óbito infantil no Recife, Pernambuco: operacionalização, potencialidades e limites.** Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(2):413-9. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000200019>. PMID:28492783.

Portal Brasil [Internet]. Brasília (DF); c2015-2017 [citado 2016 abr 5]. ONU: **Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil**; [aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprer-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>.

PAIXÃO, Adriano Nascimento; FERREIRA, Taissa. **Determinantes da mortalidade infantil no Brasil. Informe Gepec**, v. 16, n. 2, p. 6-20, 2014.

Ramalho AA, Andrade AM, Martins FA, Koifman RJ. **Tendência da mortalidade infantil no município de Rio Branco, AC, 1999 a 2015** [Internet]. Rev Saúde Pública. 2018;52(33):1-11 [citado em 2019 jul 13]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100226&lng=en.

Teixeira JJMB, Santos DR, Rocha MSFM, Silva SCR. **Aspectos étnicos da mortalidade infantil: uma contribuição para a vigilância de óbitos na população indígena e não indígena no Pará.** Para Res Med J. 2019;3(2):1-8. <http://dx.doi.org/10.4322/prmj.2019.014>.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL: CONTRIBUIÇÕES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Data de aceite: 20/05/2020

Patrick Leonardo Nogueira da Silva

Faculdades Unidas do Norte de Minas,
Departamento de Medicina
Montes Claros – Minas Gerais.

Maiara Carmelita Pereira Silva

Faculdade de Saúde Ibituruna, Departamento de
Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Priscila Taciane Freitas Brandão

Faculdade de Saúde Ibituruna, Departamento de
Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Amanda de Andrade Costa

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Ricardo Soares de Oliveira

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Valdira Vieira de Oliveira

Faculdades Santo Agostinho, Departamento de
Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Aurelina Gomes e Martins

Universidade Estadual de Montes Claros,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Carolina dos Reis Alves

Faculdades Unidas do Norte de Minas,
Departamento de Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

Tadeu Nunes Ferreira

Faculdade de Saúde Ibituruna, Departamento de
Enfermagem
Montes Claros – Minas Gerais.

RESUMO: Este estudo objetivou identificar a percepção de enfermeiros da atenção primária quanto às contribuições da consulta de enfermagem para o diagnóstico precoce do câncer infantil. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa realizada com nove enfermeiros da Atenção Primária de um município de Minas Gerais. Os depoimentos foram gravados com a ajuda de um gravador portátil, transcritos na íntegra, categorizados e discutidos conforme a literatura científica. A análise dos dados se deu por meio de Análise de Conteúdo. Para os enfermeiros entrevistados, a demora no diagnóstico interfere no sucesso do tratamento, o que pode impossibilitar ou dificultar a cura, já que quanto maior a demora, mais difícil se torna o tratamento. Essas dificuldades no diagnóstico foram um dos pontos citados pelos enfermeiros, que buscam como complemento

para o diagnóstico final os exames laboratoriais e de imagem. Observou-se a relação da atuação da equipe multiprofissional na detecção precoce do câncer infantil. Constatou-se que são necessárias uma boa comunicação e formação entre os profissionais que estiverem envolvidos no processo de diagnóstico. Portanto, é perceptível que é conhecida pelos enfermeiros o valor da consulta de enfermagem no processo de diagnóstico, assim como a importância disso para um bom prognóstico e tratamento, mas que a dificuldade enfrentada por eles está realmente no déficit de conhecimento, no sentido de identificar e diferenciar a sintomatologia do câncer infantil das doenças comuns da infância.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias. Saúde da criança. Cuidado da criança. Enfermagem no consultório. Atenção Primária à Saúde.

EARLY DIAGNOSIS OF CHILDHOOD CANCER: CONTRIBUTIONS OF THE NURSING CONSULTATION IN THE PERCEPTION OF NURSE'S PRIMARY CARE

ABSTRACT: This study aimed to identify the perception of primary care nurses regarding the contributions of the nursing consultation to the early diagnosis of childhood cancer. This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach carried out with nine nurses from Primary Care in a municipality in Minas Gerais. The testimonies were recorded with the help of a portable recorder, transcribed in full, categorized and discussed according to the scientific literature. Data analysis was done through Content Analysis. For the nurses interviewed, the delay in diagnosis interferes with the success of the treatment, which can make healing impossible or difficult, since the longer the delay, the more difficult the treatment becomes. These difficulties in diagnosis were one of the points cited by nurses, who seek laboratory and imaging tests as a complement to the final diagnosis. The relationship between the performances of the multidisciplinary team in the early detection of childhood cancer was observed. It was found that good communication and training between professionals who are involved in the diagnostic process is necessary. Therefore, it is noticeable that nurses know the value of nursing consultation in the diagnosis process, as well as the importance of this for a good prognosis and treatment, but that the difficulty they face is really in the knowledge deficit, in the sense of identify and differentiate the symptoms of childhood cancer from common childhood diseases.

KEYWORDS: Neoplasms. Child Health. Child Care. Office nursing. Primary health care.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a medula óssea

é o local de formação das células sanguíneas na qual ocupa a cavidade interna dos ossos. Nela são encontradas as células que dão origem aos glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos), glóbulos brancos (anticorpos ou leucócitos) e as plaquetas (BRASIL, 2007). Entre as crianças, os tipos mais frequentes e comuns de câncer são: leucemias; tumores do sistema nervoso central (SNC); e do sistema linfático (linfomas). O termo leucemia se refere a um grupo de doenças que são complexas e que se diferem de modo a afetar a produção dos leucócitos. A leucemia é o câncer mais comum na infância, principalmente entre os menores de 15 anos, sendo mais prevalente a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Os sinais e sintomas da leucemia, na maioria das vezes, são dores musculares, hemorragias, anemias, lesões na cavidade oral, infecções oportunistas, febres, que podem variar de acordo com o nível de acometimento e serem confundidos com sintomas de outras doenças, o que dificulta um diagnóstico precoce e, futuramente, podem interferir de maneira negativa no tratamento (BUENO; NEVES; RIGON, 2011). Os sinais e sintomas clínicos dos cânceres infantis são fatores importantes para a detecção do mesmo, mas só a sintomatologia não pode ser decisiva em um diagnóstico, pois a maioria dos achados clínicos das leucemias pode caracterizar outras patologias. Com isso, para um diagnóstico e tratamento eficaz, fazem-se necessários exames complementares, tais como: hemograma, leucograma, mielograma, dentre outros (REGO; SANTOS, 2009).

A constante demora no diagnóstico é um ponto importante e preocupante, já que os tumores infantis possuem curtos períodos de latência, altas taxas de proliferação e maior caráter invasivo. Mas, apesar disso, os tratamentos dos cânceres na infância possuem melhor resposta do que no adulto, ou seja, o prognóstico no câncer infantil pode ser positivo se este for descoberto na sua fase inicial e se o tratamento for o adequado desde o início do diagnóstico, de modo a possibilitar que os pacientes recomponham sua dinâmica familiar, e se reintegre à vida social. Sendo assim, a descoberta precoce da doença e o início do seu tratamento trazem importantes impactos e mudanças no prognóstico, na terapêutica e na família (LOURENÇATTO; MEDEIROS; FERMO, 2010; REZENDE et al., 2009).

Portanto, este estudo objetivou identificar a percepção de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto às contribuições da consulta de enfermagem para o diagnóstico precoce do câncer infantil.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada “Percepção de enfermeiros sobre a importância da consulta de enfermagem na atenção primária para o diagnóstico precoce do

câncer infantil”, apresentada ao Departamento de Enfermagem das Faculdades Unidas do Norte de Minas/FUNORTE. Montes Claros (MG), Brasil. 2015.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Esta abordagem visa compreender os aspectos subjetivos do entrevistado, tais como suas percepções, emoções e sentimentos a respeito da temática. É preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, mas também saber que a experiência e a vivência de um indivíduo também ocorrem na história coletiva e são contextualizadas, envolvidas e até modificadas pela cultura do grupo em que ela se insere (MINAYO, 2012).

O estudo foi realizado nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Montes Claros, Minas Gerais. Participaram do estudo enfermeiros atuantes na Atenção Básica (AB). Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação na pesquisa: enfermeiros com período mínimo de atuação na ESF de seis meses; e que realizam o acompanhamento periódico da criança por meio da puericultura.

Foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (SMS-MOC) o projeto de pesquisa, bem como uma carta de apresentação e um Termo de Consentimento Institucional (TCI), para autorização da pesquisa. A instituição foi devidamente orientada quanto às suas diretrizes e a mesma assinou o TCI de modo a autorizar a realização da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2015, durante os meses de agosto, setembro e outubro, pelo pesquisador responsável.

As ESF selecionadas localizavam-se em regiões distintas do município de Montes Claros e apresentavam características singulares. Entrou-se em contato com os responsáveis técnicos das ESF, sendo estes os enfermeiros, de modo a agendar a data, o horário e o local da entrevista. Os participantes foram devidamente orientados quanto às diretrizes do estudo na qual assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de modo a autorizar a realização da pesquisa.

Durante os encontros para a coleta de dados, em duas ESF houve mais de um enfermeiro na Unidade o qual manifestou o desejo em participar e contribuir com o estudo, de modo a resultar em mais de uma entrevista na mesma ESF. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Todos os depoimentos foram gravados por meio de um gravador MP3 portátil e em seguida transcritos na íntegra para posterior confronto com a literatura científica. Foi elaborado pelo pesquisador responsável um formulário contendo as seguintes perguntas norteadoras: (1) Qual a importância do diagnóstico precoce do câncer infantil na AB? (2) Qual importância você atribui a consulta de enfermagem no processo de diagnóstico precoce do câncer infantil?

Adotou-se o critério de saturação para a determinação do fim da coleta de dados. Sendo assim, o acréscimo de dados ou informações em uma pesquisa não

altera a compreensão do fenômeno estudado podendo-se cessar a pesquisa. A análise dos dados foi feita por meio da Análise de Conteúdo. Esta constitui de várias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo da comunicação, isso pode ser realizado por meio de depoimentos ou textos. Nesse viés, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores permitindo a realização de inferência intelectual (BARDIN, 1977).

Após a transcrição dos depoimentos e análise de conteúdo, foi realizada a categorização dos dados de modo a emergir as seguintes categorias de estudo: “Aumentando a chance de sucesso no tratamento”, “Acolhendo e conduzindo a criança através do diagnóstico precoce”, “Complementando com exames”, “Desenvolvendo o olho clínico” e “Construindo uma formação adequada”.

Para manter o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados, junto a seus respectivos depoimentos, por meio de siglas compostas por uma letra do alfabeto latino e um número do alfabeto arábico (E1-E9). A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual regulamenta a realização de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (CEP FUNORTE), sob parecer consubstanciado nº 1.217.237/2015, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 48359015.9.0000.5141.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Aumentando a chance de sucesso no tratamento

O diagnóstico precoce do câncer infantil é fundamental para um prognóstico mais favorável, tendo em vista a inexistência de marcadores para o câncer em crianças. O prognóstico no câncer infantil pode ser positivo se este for descoberto na sua fase inicial e se o tratamento for o adequado desde o início (LOURENÇATTO; MEDEIROS; FERMO, 2010). Para os enfermeiros entrevistados, a demora no diagnóstico interfere no sucesso do tratamento, o que pode impossibilitar ou dificultar a cura, já que quanto maior a demora, mais difícil se torna o tratamento, como observado no depoimento a seguir.

[...] Sabendo que o diagnóstico precoce do câncer é o maior fator para o sucesso no tratamento [...]. (E1)

Acredita-se que há uma grande chance de sucesso no tratamento, inclusive aumento nas chances de cura se o diagnóstico for precoce e a doença tratada em

centros especializados, ou seja, quando diagnosticada a doença, faz-se necessário o encaminhamento para um centro especializado. Isso porque, apesar de o câncer infantil ter um pequeno período de latência, altas taxas de proliferação e um caráter invasivo maior, ele apresenta melhores respostas ao tratamento desde que descoberto precocemente (FERMO et al., 2014).

Em muitas situações, a criança pode até mesmo ser curada, contudo se o diagnóstico for dado de forma precoce. Mesmo sendo o câncer infantil, considerado uma doença crônica, quando o diagnóstico é feito de forma rápida, precoce e eficaz, as chances de cura aumentam significativamente, uma vez que o tratamento é iniciado antes mesmo da proliferação e aumento da gravidade da doença (SALES et al., 2012; BELTRÃO et al., 2007).

[...] Quanto maior é o atraso do diagnóstico, mais avançada é a doença, maiores serão as sequelas decorrentes do tratamento mais agressivo [...]. (E3)

Para muitos, o diagnóstico precoce do câncer infantil é um grande desafio, os sinais e sintomas são inespecíficos, não havendo grandes marcadores que determinem sua existência, por isso há um grande risco de quando as crianças chegar a ESF, ambiente hospitalar ou até mesmo aos centros especializados o estágio da doença já esteja avançado, essa situação pode ocorrer devido a fatores como: idade do paciente, tipo de tumor, da suspeita clínica, do cuidado e/ou percepção da doença pelos pais, já que as primeiras pessoas que notam a alteração na saúde da criança são os pais. Sendo assim, é importante que os profissionais da área da saúde, tenham conhecimento técnico e científico, e que saibam interferir e solicitar os exames na suspeita de um câncer infantil (FERMO et al., 2014).

É importante salientar que nem sempre o tratamento precoce tem como resultado a cura, mas aumenta as taxas de sobrevivência do paciente, diminuem os efeitos colaterais da doença e possibilita a inserção da criança na sociedade com qualidade de vida. Tudo isso ocorre de forma mais eficaz quando o diagnóstico é feito precocemente, e a consulta de enfermagem é uma poderosa aliada para que isso aconteça (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

3.2 Acolhendo e conduzindo a criança através do diagnóstico precoce

O enfermeiro da AB, mais especificamente da ESF, é geralmente o primeiro profissional competente a ter o contato com o paciente. Por que antes mesmo de ser encaminhado ao médico, a criança tem que passar pelo enfermeiro na consulta de puericultura, como é preconizado na AB. Sendo assim é lícito salientar a importância deste profissional no processo de diagnóstico precoce, uma vez que a consulta de enfermagem é de grande relevância, com isso é possível afirmar que a AB é porta

de entrada para todo e qualquer paciente, pois possibilita resolver a maioria dos problemas de saúde, desempenhando um papel norteador na garantia de acesso rápido e de qualidade, evitando a busca exagerada por centros especializados em urgência e emergência (BRASIL, 2011a).

[...] Somos porta de entrada de todo e qualquer paciente [...]. (E1)

Porta de entrada são os serviços de atendimento inicial à saúde dos usuários do SUS, de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), a APS faz parte do conjunto destes serviços. Com isso tenta-se realizar a maioria dos atendimentos na própria unidade de saúde, e os atendimentos que não podem ser completamente resolvidos são encaminhados para consultas com especialistas, realização de exames ou atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros (BRASIL, 2011c).

[...] A atenção básica é porta de entrada, logo nós temos o primeiro contato com esse paciente [...]. (E2)

Desse modo é possível perceber que ESF, é o local de primeiro acesso por parte da população, e tem a capacidade de orientar e tratar de forma adequada toda população que buscar atendimento, é função da ESF acolher e conduzir a criança através do diagnóstico precoce, isso ocorre através da promoção da saúde e do atendimento multiprofissional, o enfermeiro ao levantar uma suspeita de câncer na consulta de enfermagem, deve encaminhar a criança para o médico da unidade de saúde, este após o exame poderá encaminhá-lo para um profissional especialista. Através da ESF, a população é encaminhada quando necessário para outras áreas de atenção em saúde (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

[...] Uma vez que encaminhamos a criança para o tratamento, ela não deixa de ser responsabilidade da atenção básica [...]. (E9)

3.3 Complementando com exames

A suspeita de um câncer infantil é influenciada pelos sinais e sintomas que apresentam, em sua maioria são associadas ou confundidas com doenças comuns da infância, como por exemplo: febre, dor óssea, dores abdominais, vômitos sangramentos, dores osteoarticulares (MICHALOWSKI et al., 2012). Essas dificuldades no diagnóstico foram um dos pontos citados pelos enfermeiros, que buscam como complemento para o diagnóstico final os exames laboratoriais e de imagem.

[...] Os sinais e sintomas do câncer infantil se confundem em sua maioria com uma

doença comum para a idade. Os exames complementares têm que ser pedidos sempre. (E3)

São inúmeras as finalidades dos exames complementares. A solicitação destes exames visa avaliar o câncer primário, as funções do organismo, a ocorrência simultânea de outras doenças e a extensão da doença neoplásica (estadiamento). Somado a isso os exames complementares são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e rastreamento em grupos de risco (BRASIL, 2007).

Atualmente, para o diagnóstico e acompanhamento do câncer infantil, são utilizados alguns tipos de métodos de imagem, como: radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e em alguns casos ressonância magnética. Além disso, podem-se utilizar marcadores tumorais que consistem em substâncias produzidas pelo tumor e que são secretadas no sangue na urina ou até mesmo no líquido, estes são notadas através de exames laboratoriais específicos que também auxiliam no diagnóstico ou acompanhamento da evolução do câncer infantil (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

[...] Os sinais e sintomas do câncer infantil se confundem em sua maioria com uma doença comum para a idade. Os exames complementares têm que ser pedidos sempre [...]. (E3)

[...] Apesar dos sintomas nós temos que investigar melhor com exames laboratoriais [...]. (E4)

3.4 Desenvolvendo o olho clínico

Ademora no diagnóstico justifica a importância do conhecimento teórico e prático dos profissionais quanto à sintomatologia própria do câncer e a sintomatologia comum às doenças da infância. Como já mencionado, muitos sintomas do câncer infantil são erroneamente associados a doenças comuns da infância, sendo necessário o desenvolvimento, por parte dos enfermeiros, do chamado “Olho Clínico”, que foi mencionado em uma das entrevistas, mas este não deve substituir a confirmação laboratorial.

[...] O olho clínico é muito importante, mas a confirmação laboratorial é indispensável. (E7)

O chamado “olho clínico” se refere à capacidade de percepção do enfermeiro somada a sua qualificação profissional, e normalmente acontece durante a avaliação da criança com suspeita de neoplasia na consulta de enfermagem, é analisado desde a entrada do paciente no consultório, e tem continuidade no exame físico, que deve ser feito de forma completa, observando todos e quaisquer sinais na criança que sejam sugestivos de alterações e além de detectá-los saber associá-los ao câncer se assim for necessário, para isso é preciso saber, por exemplo, que a pressão

arterial pode estar elevada em alguns tumores, como neuroblastoma, tumor renal (CAMPOS et al., 2011).

Os lactentes com tumor de Sistema Nervoso Central, por exemplo, podem apresentar um aumento no perímetro cefálico e abaulamento na fontanela. petéquias, hematomas e nódulos subcutâneos podem indicar leucemia. É importante em toda consulta palpar linfonodos, fígado, baço, e pesquisar tumores de partes moles e no abdome (CAMPOS et al., 2011).

Existe a necessidade de mais conhecimento, capacitação e educação permanentes que possibilitem discernir os sintomas do câncer, dos sintomas comuns a outras patologias, em todas as áreas da saúde, já que esta dificuldade é própria do diagnóstico do câncer infantil, e pode ser minimizada quando há por parte do enfermeiro e dos profissionais da área da saúde um conhecimento específico. O desenvolvimento do olho clínico é associado à experiência e aos conhecimentos adquiridos.

3.5 Construindo uma formação adequada

Outro ponto importante percebido na análise das entrevistas está relacionado à atuação da equipe multiprofissional na detecção precoce do câncer infantil, foi notado que são necessárias uma boa comunicação e formação entre os profissionais que estiverem envolvidos no processo de diagnóstico do câncer infantil, que é realizada pela atuação dos enfermeiros, médicos e até outros profissionais da área da saúde e também outros níveis de atenção.

[...] O Conhecimento do enfermeiro a partir do momento em que ele conseguir detectar sinais e sintomas [...] discutir com o médico os sinais de perigo [...]. (E5)

Cuidar de crianças com algum tipo de doença crônica requer habilidades específicas, um maior conhecimento da enfermidade como sinais, sintomas e características peculiares a cada patologia. Já que a família necessita de informações claras e corretas por parte dos profissionais de saúde, e estes têm que ter suas dúvidas esclarecidas para que o tratamento seja realizado com segurança e no tempo adequado (SALES et al., 2012). O diagnóstico, assim como o tratamento do câncer infantil, não é feito de forma isolada, sendo necessária uma boa interação multiprofissional, e para isso dar certo todos os envolvidos têm que estar bem inserido na realidade da doença, tendo conhecimento técnico e científico da mesma.

[...] O enfermeiro tem que ter um preparo bom durante a formação. (E6)

É importante ressaltar a necessidade de uma boa formação por parte do enfermeiro, mas essa deve se estender a outras áreas da saúde. Assim, é

fundamental que todos os profissionais, saibam por meio do conhecimento técnico e científico, reconhecer a possibilidade de um conjunto de sintomas serem uma neoplasia e reconhecer as suas principais formas de apresentação, realizando a confirmação através de exames laboratoriais e de imagem (FERMO et al., 2014). Isso por que o diagnóstico do câncer necessita de vários fatores e de uma interação multiprofissional.

São muitos os desafios no diagnóstico precoce do câncer infantil, e isso exige cada vez mais trabalhadores que estejam qualificados e aperfeiçoados. Faz-se necessário uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce, no controle da doença e na melhoria da qualidade da assistência prestada. É notório que existe uma lacuna considerável na capacitação em oncologia, quando relacionada a infância, cuja base é a graduação, isso foi perceptível também na área da enfermagem já que a maioria dos cursos de Enfermagem, geralmente, não oferece um aprofundamento importante nessa área (AMADOR et al., 2011). Com isso se faz necessário uma formação complementar e constantes capacitações nos profissionais da área da saúde, de maneira especial os da enfermagem, por que a enfermagem é a primeiro contato da criança na área da saúde e durante seu tratamento.

[...] Ressaltando a importância do processo de enfermagem no acompanhamento da criança já diagnosticada [...]. (E8)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos locais onde a consulta de enfermagem está sendo realizada, apesar da inexistência de marcadores específicos para o diagnóstico precoce do câncer infantil e de todas as dificuldades resultantes desse problema, tem-se obtido bons resultados, o que reforça a importância e significado desta atividade, tanto para o profissional que a executa, como para o cliente que a ela é submetido, uma vez que ficou bem claro que um bom prognóstico para o tratamento do câncer infantil está diretamente associado a um diagnóstico feito de forma correta e precoce.

Foi possível compreender a visão que o enfermeiro da AB tem sobre esse diagnóstico e da sua importância. É perceptível que é conhecida pelos enfermeiros o valor da consulta de enfermagem no processo de diagnóstico, assim como a importância disso para um bom prognóstico e tratamento, mas que a dificuldade enfrentada por eles está realmente no déficit de conhecimento, no sentido de identificar e diferenciar a sintomatologia do câncer infantil das doenças comuns da infância.

Essa situação levanta outro aspecto importante que é a necessidade de

que sejam instituídos treinamentos e capacitações que aumentem a segurança do enfermeiro na realização da consulta de enfermagem, estando o êxito desta associada a uma boa formação acadêmica, bem como as experiências adquiridas no decorrer da profissão e a constantes formações e capacitações. Essa poderia ser uma ação a ser implementada para os enfermeiros que fazem parte das ESF e outros profissionais da área, pois é necessária uma boa interação multiprofissional para encaminhar de forma adequada a criança diagnosticada com o câncer infantil para os níveis adequados de tratamento.

REFERÊNCIAS

AMADOR, D. D.; GOMES, I. P.; COUTINHO, S. E. D.; COSTA, T. N. A.; COLLET, N. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100011>. Acesso em: 1 nov 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BELTRÃO, M. R. L. R.; VASCONCELOS, M. G. L.; PONTES, C. M.; ALBUQUERQUE, M. C. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**. Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 562-566, 2007. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/07-83-06-562/port.asp>. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Política de atenção básica – porta de entrada do SUS**. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus>. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de Julho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. **Atenção básica ou primária – principal porta de entrada para o sistema único de saúde (SUS)** [Internet]. Porto Alegre (RS): SES, 2011c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA faz diagnóstico do câncer no Estado do Rio. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1423. Acesso em: 9 mar 2015.

BUENO, P. C.; NEVES, E. T.; RIGON, A. G. O manejo da dor em crianças com câncer: contribuições para a enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 16, n. 2, p. 226-231, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i2.20307>. Acesso em: 26 ago 2009.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, A. O. Qualidade da assistência materno-infantil em

diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3139-3147, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000800018>. Acesso em: 31 out 2015.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 1 nov 2015.

FERMO, V. C.; LOURENÇATTO, G. N.; MEDEIROS, T. S.; ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J. O diagnóstico precoce do câncer infantjuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 54-59, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140008>. Acesso em: 3 jun 2015.

LOURENÇATTO, G. N.; MEDEIROS, T. S.; FERMO, V. C. **O diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente: possibilidades e limites**. Florianópolis. 59 fls. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/120739/281752.pdf>. Acesso em: 2 mai 2015.

MICHALOWSKI, M. B.; LOREA, C. F.; RECH, A.; SANTIAGO, P.; LORENZONI, M.; TANIGUCHI, A.; PEREIRA, W. V.; DAUDT, L. E. Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica: uma urgência médica. **Boletim Científico de Pediatria**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 13-18, 2012. Disponível em: <http://doi.org/2238-0450/12/01-01/13-18>. Acesso em: 31 out 2015.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 5 mar 2015.

MUTTI, C. F.; PAULA, C. C.; SOUTO, M. D. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 71-83, 2010. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/11_revisao_de_literatura_assistencia_saude_crianca_cancer.pdf. Acesso em: 26 ago 2009.

REGO, E. M.; SANTOS, G. A. S. Papel da imunofenotipagem por citometria de fluxo no diagnóstico diferencial das pancitopenias e das linfocitoses. **Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia**. São Paulo, v. 31, n. 5, p. 367-374, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-84842009005000081>. Acesso em: 26 dez 2009.

REZENDE, A. M.; BRITO, V. F. D. S.; MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. **Iniciação Científica CESUMAR**. São Luís, v. 11, n. 1, p. 73-82, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciet/15329/2/ADRYENE_REZENDE_et al_CPqRR_2009.pdf. Acesso em: 5 mar 2015.

SALES, C. A.; SANTOS, G. M.; SANTOS, J. A.; MARCON, S. S. O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 14, n. 4, p. 841-849, 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a12.pdf. Acesso em: 31 out 2015.

ENSINO DA ÉTICA E BIOÉTICA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Data de aceite: 20/05/2020

Larissa Coelho Barbosa

Enfª líder de turno do Hospital da Bahia -HBA
Presidente da 3ª Comissão de Ética do HBA
Mestranda da Universidade Federal da Bahia – UFBA
Membro técnico do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação, Ética/Bioética e Exercício de Enfermagem – EXERCE – UFBA
Salvador-BA
E-mail: laracbarbosa@gmail.com
CV: <http://lattes.cnpq.br/3914959619834870>

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos

Mestranda da Universidade Federal da Bahia - UFBA.
Membro técnico do Grupo de Pesquisa EXERCE - Educação, Ética e Exercício da Enfermagem da EEUFBA
Assistente Social/UFBA/SMURB/SIASS.
Salvador – BA
E-mail: jacilenesnts@hotmail.com
CV: <http://lattes.cnpq.br/3327459187786200>

Nilton José Vitório Almeida

Pós-graduação em Enfermagem Medico cirúrgica, Administração hospitalar- UFBA, Educação Profissional na Área de Saúde Fundação Fio Cruz, ENSPFC
Enfermeiro de atenção básica - Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e auditor

enfermeiro do serviço de Regulação e avaliação em Saúde -SRAS no COM-HUPES complexo universitário professor Edgard Santos.

Membro do grupo de pesquisa EXERCE - UFBA.

Salvador-BA

E-mail: almeidanilton@gmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/4904832710692559>

Edvirges Nogueira dos Anjos

Enfermeira Assistencial do Hospital da Bahia – HBA

Especialista em Enfermagem Oncológica
Secretária da 3ª Comissão de Ética do Hospital da Bahia – HBA
Salvador-BA

E-mail: edvirges.anjos@hospitaldabahia.com.br

Luciene Batista dos Santos

Enfermeira Administrativa da Semi-Intensiva 5C do Hospital da Bahia – HBA
Presidente da 2ª Comissão de Ética do Hospital da Bahia – HBA
Salvador-BA

E-mail: luciene.santos@hospitaldabahia.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6768-2956>

Angela Santiago Lima

Enfermeira da CAS – Clínica de Anestesia de Salvador no Hospital da Bahia-HBA
Salvador-BA

E-mail: angela.lima@hospitaldabahia.com.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6264-7390>

Darci de Oliveira Santa Rosa

Professora Permanente no Programa de Pós-

RESUMO: A ética é baseada nos princípios, valores e crenças que ser humano utilizará na realização de suas escolhas de forma responsável. A equipe multiprofissional, portanto, deve zelar pela integridade do paciente e sua família, acolher o outro na sua integridade e respeitar sua vida e dignidade em todas as suas ações. **Objetivo:** demonstrar a importância do ensino da ética e bioética no ensino de graduação e pós-graduação. **Metodologia:** relato de experiência de caráter descritivo, durante os encontros da disciplina de Ética e Bioética, entre maio e agosto de 2017. **Resultados:** Nos meses de maio e junho, os docentes explanaram sobre os conceitos éticos e bioéticos. Posteriormente, foi apresentado um seminário sobre Conflitos de interesse nas relações de cuidado, no campo de formação da saúde e da pesquisa. A mesa redonda intitulada “Responsabilidade da Pesquisa na Plataforma Brasil e o Comitê de Ética e Pesquisa- CEP” explorou a temática de responsabilidade, a relevância dos termos de Consentimento e Assentimento. Na segunda mesa redonda com a temática “Integridade Científica e a Formação Profissional” foi refletido sobre a importância da conduta ética na escrita, na elaboração dos artigos para revistas e resumos para congressos. Por fim, em agosto, houve uma roda de conversa de uma Revista de Enfermagem, onde foram apresentadas as dificuldades na produção de um artigo, desde a questão de pesquisa, os argumentos que devem ser usados para sustentar a relevância da sua problemática, assim como a metodologia adequada para realizar o seu estudo. **Conclusão:** Ao provocar os discentes para que entendam o processo educativo como uma parceria, desenvolver uma visão crítica sobre os dilemas e conflitos nas situações do cotidiano é o grande desafio em uma sociedade com valores morais tão plurais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Enfermagem; Ensino; Ética Profissional; Ética; Bioética.

TEACHING ETHICS AND BIOETHICS TO HEALTHCARE PROFESSIONALS IN GRADUATE NURSING AND HEALTH

ABSTRACT: Ethics is based on the principles, values and beliefs that human beings will use to make their choices responsibly. The multiprofessional team, therefore, must ensure the integrity of the patient and his family, welcome the other in his integrity and respect his life and dignity in all his actions. **Objective:** to demonstrate the

importance of teaching ethics and bioethics in undergraduate and graduate education.

Methodology: experience report of a descriptive character, during the meetings of the discipline of Ethics and Bioethics, between May and August 2017. **Results:** In the months of May and June, the teachers explained about the ethical and bioethical concepts. Subsequently, a seminar on Conflicts of interest in care relationships, in the field of health education and research, was presented. The roundtable entitled “Responsibility for Research on the Brazil Platform and the Ethics and Research Committee - CEP” explored the theme of responsibility, the relevance of the terms of consent and consent. In the second round table with the theme “Scientific Integrity and Professional Training”, the importance of ethical conduct in writing was reflected on in the preparation of articles for magazines and abstracts for congresses. Finally, in August, there was a conversation circle of a Nursing Magazine, where the difficulties in producing an article were presented, from the research question, the arguments that must be used to support the relevance of its problem, as well as the appropriate methodology to carry out your study. **Conclusion:** When provoking students to understand the educational process as a partnership, developing a critical view on the dilemmas and conflicts in everyday situations is the great challenge in a society with such plural moral values.

KEYWORDS: Nursing Education; Teaching; Professional ethics; Ethic; Bioethics.

RESUMEN: La ética se basa en los principios, valores y creencias que los seres humanos usarán para tomar sus decisiones de manera responsable. El equipo multiprofesional, por lo tanto, debe garantizar la integridad del paciente y su familia, acoger al otro en su integridad y respetar su vida y dignidad en todas sus acciones.

Objetivo: demostrar la importancia de enseñar ética y bioética en la educación de pregrado y posgrado. **Metodología:** informe de experiencia de carácter descriptivo, durante las reuniones de la disciplina de Ética y Bioética, entre mayo y agosto de 2017. **Resultados:** en los meses de mayo y junio, los docentes explicaron los conceptos éticos y bioéticos. Posteriormente, se presentó un seminario sobre conflictos de intereses en las relaciones asistenciales, en el campo de la educación y la investigación en salud. La mesa redonda titulada “Responsabilidad de la investigación en la Plataforma de Brasil y el Comité de Ética e Investigación - CEP” exploró el tema de la responsabilidad, la relevancia de los términos del consentimiento y el consentimiento. En la segunda mesa redonda con el tema “Integridad científica y capacitación profesional”, la importancia de la conducta ética por escrito se reflejó en la preparación de artículos para revistas y resúmenes para congresos. Finalmente, en agosto, hubo un círculo de conversación de una revista de enfermería, donde se presentaron las dificultades para producir un artículo, a partir de la pregunta de investigación, los argumentos que se deben utilizar para respaldar la relevancia de

su problema, así como La metodología adecuada para llevar a cabo su estudio. **Conclusión:** Al provocar que los estudiantes comprendan el proceso educativo como una asociación, desarrollar una visión crítica de los dilemas y conflictos en situaciones cotidianas es el gran desafío en una sociedad con valores morales tan plurales.

PALAVRA CLAVE: Educación en Enfermería; Enseñanza; Ética profesional; Ética; Bioética

1 | INTRODUÇÃO

A ética é baseada nos princípios, valores e crenças que ser humano utilizará na realização de suas escolhas de forma responsável. A responsabilidade ética é composta pelo o cuidado, prevenção e promoção da saúde e alívio do sofrimento. A equipe multiprofissional, portanto, deve zelar pela integridade do paciente e sua família, acolher o outro na sua integridade e respeitar sua vida e dignidade em todas as suas ações (OGUISSO, ZOBOLI; 2017).

O termo Bioética, por sua vez, foi descrito, em 1970, no artigo: *Bioethics, the Science of Survival*. No ano seguinte, no título: *Bioethics: Bridge to the future* enfatizou a busca da sabedoria capaz de promover a saúde e a sobrevivência humana {OLIVEIRA, 2017 #10}{OLIVEIRA, OSMAN; 2017}. É, portanto, definida como a ética da responsabilidade, da vida, é a “ponte para o futuro” entre os fatos biológicos e os valores humanos na tomada de decisão (POTTER, 2016).

Seus princípios de autonomia (a autoridade do indivíduo sobre sua vida), beneficência (ato de fazer o bem em favor do paciente), não maleficência (obrigação de não causar danos) e justiça (benefícios diretos à saúde) norteia a equipe de enfermagem na tomada de decisão dos conflitos de interesse presentes no seu cotidiano (LIMA, SANTA ROSA; 2017).

Diante dos conceitos descritos, observa-se a relevância em garantir o cumprimento dos princípios bioéticos, onde o profissional procura incentivar o diálogo entre o paciente, a fim de preservar sua autonomia e dignidade (RODRÍGUEZ; 2019).

Para alcançar esse desafio, o Programa de Pós-Graduação possui disciplinas especiais como Ética e Bioética componente optativo do programa de pós-graduação em enfermagem e saúde. Compreender a visão dos discentes desta disciplina é relevante para aprimorar os enfrentamentos de dilemas éticos profissionais e conscientização do aluno em si (FROTA, et al; 2020).

No transcorrer da disciplina, foram utilizadas aulas expositivas dialogadas, seminários, estudos de caso, trabalhos individuais e em grupo, incluindo simulações de situações de atendimento e recursos virtuais. Com objetivo de refletir sobre conflitos e dilemas morais envolvidos na área da saúde.

Entretanto, o aluno tende a aprender de acordo com a sua percepção e seus valores, processo em que a transmissão do conhecimento não dá espaço à existência de diálogo mais aberto e reflexivo entre docente. Preocupar-se com os princípios da bioética deve ser uma postura adotada pelos profissionais que assume a responsabilidade social e o respeito ao direito à cidadania. Sendo assim, as crenças e os valores, cuidar e ensinar a cuidar, melhorar a comunicação com o paciente envolve grandes desafios (LEGGETT et al, 2018).

Percebe-se que esse aluno deve buscar a solução dos problemas, trazer suas experiências. Quanto ao professor, orientá-lo e ajudá-lo a superar dificuldades, deve age de forma reflexiva, perceber que houve mudanças no processo ensino-aprendizado e tornar o aluno sujeito do seu próprio desenvolvimento (BARBOSA, et al; 2019).

Uma atitude profissional ética, através de uma visão crítica e reflexiva, um diálogo acolhedor, com respeito a suas vivências, em outras palavras, não é possível uma sociedade sem famílias, onde o futuro da família está na sua subjetividade (liberdade e responsabilidade) de mediação social - indivíduo e sociedade (SILVA, et al; 2018).

Diante destas considerações o nosso objetivo neste artigo é demonstrar a importância do ensino da ética e bioética no ensino de graduação e pós-graduação.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo (GIL; 2017), durante os encontros semanais às terças-feiras pela manhã, da disciplina de Ética e Bioética, no período entre maio e agosto de 2017, em uma Universidade Pública da Bahia.

A experiência em sala de aula a partir de mudança na estratégia metodológica com alunas de mestrado no curso de enfermagem e saúde da Universidade Pública da Bahia.

A matéria de ética e bioética é parte integrante do eixo de desenvolvimento pessoal do novo projeto pedagógico do curso de pós-graduação em enfermagem e saúde. Sua finalidade, no terceiro período de formação deste curso, é a de continuar contribuindo, de forma ascendente, para o aprendizado iniciado no primeiro e segundo períodos nas disciplinas.

A adequação do módulo buscou trabalhar conteúdos e metodologia de forma a permitir ao estudante uma reflexão mais profunda em torno da leitura, problematização e sistematização de temáticas que dizem respeito à complexidade dos desafios às habilidades, atitudes e futuras práticas profissionais no contexto social marcado pela diversidade em todos os âmbitos.

A partir de instrumento elaborado pela coordenação do curso, foi realizada avaliação pelos discentes para identificar fragilidades e pontos positivos. Vários itens foram avaliados, como desempenho docente, tempo para estudar, infraestrutura e carga horária.

Nesta disciplina foram oportunizados ao discentes a abordagens das seguintes temáticas: Dilemas emergentes no campo da ética com discussão do texto e roda de conversa; Princípios bioéticos face ao assédio moral no SUS e sofrimento moral na enfermagem; Atendimento aos princípios bioéticos face a relação de poder e a tomada de decisão do idoso; Autonomia e paternalismo nas relações de cuidado ao portador de sofrimento mental; Inclusão social e sua relação com os direitos do usuários do SUS; Cidadania, direitos humanos e sua relação com a profissão de enfermagem; Princípios bioéticos do SUS e as relações de multiculturalidade e autonomia; Aplicação do TCLE em situações de urgência e Emergência; Planos de Saúde e o direito dos Usuários do SUS; Direitos humanos nas relações de cuidado com o familiar acompanhante.

A ementa foi descrita em permitir criar condições para a reflexão e análise de aspectos éticos/bioéticos orientados para a problemática da saúde em nossa sociedade, tendo como referência a qualidade de vida de população e do próprio trabalhador da área.

Aborda os valores que regem a conduta do profissional em termos de cidadania, enfocando as ações imprescindíveis ao processo de tomada de decisão moral e ética no campo da saúde, da educação e da pesquisa, considerando o ser humano em todo o seu desenvolvimento inserido em uma sociedade.

Discute o sentido da responsabilidade do investigador no desenvolvimento de pesquisas envolvendo especificamente os seres humanos e o do plano da disciplina foram apresentados às alunas pelos docentes da Universidade, responsáveis pelo programa, assim como a explanação dos objetivos da disciplina, para seu alcance. Esta disciplina optativa oferece vagas para alunos regulares do mestrado, doutorado e para alunos não regulares (especiais) e foi composta de duas alunas regulares do mestrado e quatro alunas especiais.

O cronograma foi dividido em 4 partes: nos meses de maio e junho ocorreram discussões em roda de conversa com os temas: conceitos éticos e bioéticos, cidadania, princípios bioéticos, valores éticos e morais e as normativas. No mês de julho ocorreu um seminário sobre conflitos de interesse.

Em agosto, houveram mesas redondas com convidados que exploraram a temática de responsabilidade, formação profissional, integridade científica, assim como a apresentação do segundo seminário sobre tomada de decisão. Para encerrar houve uma roda de conversa com a representante de uma revista de enfermagem e a elaboração dos artigos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem tem a missão de qualificar profissionais de excelência, nos níveis de Mestrado Acadêmico e Doutorado, para os processos de ensino, produção e socialização de conhecimento. Como objetivo, visa formar enfermeiros, mestres e doutores, para responder às necessidades de saúde da sociedade brasileira, respeitando aos aspectos éticos envolvidos.

O componente de Ética e Bioética em Pesquisa em Enfermagem e em Saúde é uma disciplina especial do Programa de Pós-graduação e é constituída por um conteúdo teórico (34 horas) e prático (34 horas) que são exposições dialogadas através de relatos de experiências convidados e seminários temáticos.

Tem os objetivos de analisar aspectos da cidadania relacionados aos princípios bioéticos e normativas que envolvem as práticas dos profissionais de saúde; identificar conflitos de interesse na pesquisa e os valores que regem a conduta dos profissionais de saúde, o processo de tomada de decisão – moral e ética (JAMETON; 2017; ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ; 2019).

No início da disciplina, entre os meses de maio e junho, os docentes explanaram sobre os conceitos éticos e bioéticos. Houve, então, uma troca de experiências quando os docentes e as alunas relataram sobre suas atividades diárias – pessoais e profissionais.

As questões surgidas no cotidiano das alunas eram trazidas para dentro da sala de aula, assim como aspectos éticos, culturais e religiosos foram colocados em debate e promovido um aprofundamento teórico, a partir de leituras. Os professores elaboram provocações juntamente com alunas, a fim de atender novas perspectivas da prática docente na educação em enfermagem (VERAS, et al; 2019; VIERS, et al; 2019).

Desta maneira, perceber a importância de habilitar os pós-graduandos para a formação de alunos com senso crítico, reflexivos e criativos, capazes de se comprometerem com a construção de uma prática profissional enriquecedora. Um critério toma-se pertinente para orientar um julgamento quando se mostra plausível, racional, considerando ainda os aspectos éticos e psicológicos envolvidos na questão (BALDONEDO-MOSTEIRO, et al; 2019).

Em um dos depoimentos, foram extravasados sentimentos e emoções quando uma das alunas relatou, em uma das rodas de conversa, sobre sua experiência auditiva como paciente comatosa em uma Unidade de Terapia Intensiva. A ansiedade e o medo relatado pela aluna no seu momento de fragilidade, nos fez experienciar o quanto somos vulneráveis e qual a nossa conduta ético-profissional ao agir com o paciente acamado (VEGA, et al; 2019).

Neste momento, um novo olhar foi lançado nas discussões sobre as normativas

e conceitos bioéticos e deixou claro a relevância da produção do conhecimento vinculada aos cenários da vida real. Diante de uma situação difícil, de sofrimento extremo, o indivíduo vivencia essa dor de forma singular e traz uma reflexão sobre suas angústias e questionamento internos. E, durante o cuidado ao paciente, essas dúvidas não devem interferir no cuidado humanizado, na tomada de decisão e na conduta ética profissional (CELIS, MÉNDEZ; 2019).

Posteriormente, foi apresentado um seminário sobre Conflitos de interesse nas relações de cuidado, no campo de formação da saúde e da pesquisa. Foram criadas oportunidades para discussão, em sala de aula, dos pontos positivos e negativos daquilo que as alunas trouxeram de conflitos da vida acadêmica e profissional, dos tipos de enfoques, dos fatos marcantes, entre outros (LARYIONAVA, et al; 2018).

Neste seminário, houve um estímulo para as alunas apresentem seus conhecimentos e críticas com auxílio de bibliografia especializada. Ao participar do processo desde o início, desde o planejar o seminário, passando pela execução, até avaliação, fez-se necessário à busca de diferentes materiais didáticos, estudo e elaboração de estratégias de melhor abordagem dos conteúdos de ensino.

Compreender a ética como parte da postura do profissional enfermeiro ajuda na tomada de decisões e respeito aos valores e autonomia do paciente. Porém, tanto no ambiente acadêmico como profissional, ainda é observado a dificuldade na solução de conflito de interesses envolvido (LIMA; ROSA, 2017).

Muitas vezes, o conflito aparece após um questionamento, uma rotina não explicada, opiniões diferentes, crenças e culturas não abordadas, fragilizando a confiança entre o paciente, a família e o enfermeiro que, por sua vez, não foi treinado para resolver ações conflitantes (BARBOSA, 2019).

A mesa redonda intitulada “Responsabilidade da Pesquisa na Plataforma Brasil e o Comitê de Ética e Pesquisa- CEP” contou com a participação de pesquisadores experientes que exploraram a temática de responsabilidade, a relevância dos termos de Consentimento e Assentimento. As alunas, então, puderam expor suas dúvidas e questionamentos a respeito de suas produções científicas, cadastro na Plataforma Brasil e encaminhamento dos projetos o Comitê de Ética e Pesquisa (COFEN, 2017).

Na segunda mesa redonda com a temática “Integridade Científica e a Formação Profissional”, foi convidada uma docente de uma Universidade Estadual da Bahia, onde foi refletido sobre a importância da conduta ética na escrita, na elaboração dos artigos para revistas e resumos para congressos (FROTA et al; 2020; JAMETON; 2017).

Nessa mesa redonda, foi possível perceber que a relevância estar não no que produzimos, mas como produzimos e toda esta tática de estudos serviram para aprimorar a apresentação do segundo seminário sobre Tomada de Decisão onde foi realizada uma revisão sistemática para posterior produção de artigo.

Uma busca foi realizada nas bases de dados: *Nacional Library of Medicine* (Medline/ via PubMed) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Current Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science* e SCOPUS. Os termos utilizados em inglês: *experience, family, hospital, hospitalization, bioethics*, onde foram utilizados os operadores booleanos OR e AND. Foram incluídos os artigos completos que estavam disponíveis na íntegra, nos 5 últimos anos, pesquisas com seres humanos, nos idiomas inglês, português e espanhol, com idade de 60 anos. Os excluídos foram aqueles que trazer o cuidador contratado pela família e os textos duplicados, sendo considerados apenas uma vez.

Contudo, apenas 01 artigo, de 2016, analisado pela bioética narrativa, que entrevistou profissionais, pacientes e familiares na unidade hospitalar na cidade de Brasília-DF. Durante o processo de hospitalização, os sujeitos escolhidos estavam diretamente relacionados aos cuidados paliativos, onde abordou a respeito do sentido da vida, a espiritualidade e a sua relação com o sofrimento. As respostas dos entrevistados revelaram que os conflitos vividos por eles, os desafiam a repensar em si mesmos, a refletir sobre o sentido da vida e encontrar um propósito para o que vêm enfrentando (MANCHOLA, BRAZÃO, PULSHEN, SANTOS, 2016).

Durante essa busca, foi observado o quão complexo é o tema, além das lacunas existentes na enfermagem, pois em algumas produções vistas nas leituras foi visto que as enfermeiras não possuíam formação para tomar suas decisões, decidindo de forma equivocada a vida dos seus pacientes.

Os conflitos e dilemas éticos surgem na prática profissional e precisam ser solucionados. Dilema diz respeito a tomada de decisão diante de um problema, enquanto o conflito existe opiniões diferentes entre uma situação. Entretanto, uma pesquisa realizada com enfermeiros do Centro Cirúrgico (CC) num hospital público de Salvador-BA-Brasil relevou a dificuldade dos participantes em identificar e resolver dilemas e conflitos ético. Este resultado é preocupante, pois os enfermeiros do CC experienciam situações polêmicas onde precisam se sentirem seguras para a tomada de decisão (OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2016).

Numa sociedade de direitos e deveres, cabe ao profissional entender a capacidade solucionar o problema, agir corretamente com responsabilidade na tomada de decisão e respeitar a autonomia e dignidade do indivíduo que, na sua vulnerabilidade, encontra-se fragilizado para a tomada de decisão mais coerente com relação ao seu quadro clínico (SILVA, et al; 2019).

Por fim, em agosto, houve uma roda de conversa riquíssima com a representante da Revista de Enfermagem, onde foram explanadas as dificuldades na produção de um artigo, desde a questão de pesquisa, os argumentos que devem ser usados para sustentar a relevância da sua problemática, assim como a metodologia adequada para realizar o seu estudo.

O encerramento com esta última roda de conversa nos despertou para a publicitação da disciplina de Ética e Bioética, pois percebe-se o raciocínio crítico do aluno tem seu espaço conquistado e a necessidade de construir metodologia ativa, na qual docentes e discentes sejam parceiros na busca pelo conhecimento. Provocar os discentes para que entendam o processo educativo como uma parceria, desenvolver uma visão crítica sobre os dilemas e conflitos nas situações do cotidiano é o grande desafio em uma sociedade com valores morais tão plurais.

4 | CONCLUSÃO

Nesse relato de experiência é descrita a trajetória adotada para desenvolver metodologia no ensino da ética e bioética que promova transformação em relação à forma anterior de transmissão do conhecimento. O objetivo foi atingido à medida que as demais turmas que passam pela disciplina e conseguem se identificar como agentes sociais dos inúmeros dilemas e conflitos éticos comuns nesse campo do conhecimento.

Trazer a ética e a bioética para o cotidiano da prática clínica e, com isso, provocar nos discentes a necessidade de refletir nas tomadas de decisão profissional, bem como em sua atuação na dimensão social é relevante, pois capacita o discente a compreender a ética de maneira mais ampla e profunda, contribuindo para a formação da reflexão cidadã.

Compete aos gestores das instituições de ensino ultrapassar conceitos fechados e implementar estratégias para a articulação dessas vertentes, a incorporação de tais estratégias é fundamental, para processo de mudança. Quanto aos alunos devem romper conceitos e paradigmas, permitir a instigação das reflexões sobre a temática e a criação de novos significados, contrários ao pensamento reducionista.

Participar da disciplina de Ética e Bioética deste Programa é uma oportunidade ímpar no desenvolvimento e capacitação de futuros docentes, além da construção de um novo ensinar em enfermagem.

Destaca-se como principal limitação deste estudo, a inclusão da disciplina como curricular ao invés de optativa ao curso do mestrado e doutorado fato que pode limitar a compreensão do fenômeno estudado e não permitir explorar os conceitos construídos pelos demais profissionais que integram o corpo estudantil do curso.

REFERÊNCIAS

ARIAS-ROJAS M; CARREÑO-MORENO S; POSADA-LÓPEZ C. **Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3200. [Access 11/12/2019]; Available in: www.eerp.usp.br/rlae URL . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>.

BALDONEDO-MOSTEIRO M, ALMEIDA MCS, BAPTISTA PCP, SÁNCHEZ-ZABALLOS M, RODRIGUEZ-DIAZ FJ, MOSTEIRO-DIAZ MP. **Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019; 27:e3192. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192>. DOI: 10.1590/1518-8345.2818.3192. Acesso: 01/12/2019.

BARBOSA M.L.; RODRIGUES, H.N.S; CELINO, S.D.M; COSTA, G.M.C. **Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão**. Rev baiana enferm [online]. 2017, 31(4):e21978. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21978>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978>. Acesso em 04/11/2019.

BARBOSA ACS, LUIZ FS, FRIEDRICH DBC, PÜSCHEL VAA, FARAH BF, CARBOGIM FC. **Profile of nursing graduates: competencies and professional insertion**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3205. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3222.3205>. DOI: 10.1590/1518-8345.3222.3205. Acesso em: 12/12/2019.

CELIS, I.V.; MÉNDEZ, C.C. **Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review**. Aquichan. 2019; 19(1): e1913. Disponível: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/9742/5371>. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.3. Acesso: 10/10/2019.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília: Cofen, 2017. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-5642017_59145.html. Acesso em 12/12/2019.

FROTA, MA, WERMELINGER MCMW, VIEIRA LJES, XIMENES NETO FRG, QUEIROZ RSM, AMORIM RF. **Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados**. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Jan 17]; 25(1): 25-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100025&lng=en. Epub Dec 20, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JAMETON, A. A. **What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care**. The AMA Journal of Ethic, 2017, jun 19(6): 617–628. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644792>. DOI:10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706

LARYIONAVA, K. et al. **The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making**. BMC Palliative Care (2018) 17:29. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0288-2>

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/eutils/periodicals/capex.gov.br/pubmed/29454337>
Acesso em 19/11/2019.

LEGGETT A.N et al. **Falls and Hospitalizations Among Persons With Dementia and Associated Caregiver Emotional Difficulties**. The Gerontologist. 2018, 58(2):e78–e86, Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/2/e78/4818234> DOI: 10.1093/geront/gnx202. Acesso: 10/01/2020.

LIMA, B.A; SANTA ROSA, D.O. **Significados de la responsabilidad por el cuidar/cuidado por estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico**. Ética de los Cuidados [online] 2017 jan-jun; 10(19). Disponível em <http://www.index-f.com/eticuidado/n19/et10781r.php>. Acesso em: 05/07/2019.

OGUISSO, Taka; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Ética e bioética: desafio para enfermagem e a saúde**. 2ªed. Barueri, SP: Manole, 2017.

OLIVEIRA, M.A.N.; SANTA ROSA, D.O. **Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 1, p. 344-355, jan./mar. 2016.

https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14237/pdf_33

DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14237>. Acesso: 20/04/2019.

POTTER, V.R. **Bioética - Ponte Para o Futuro**. Ed. Loyola, 2016.

RODRÍGUEZ, D.E.C. **Aplicación de la bioética ambiental en el**

ejercicio profesional de la enfermeira. Revista Cubana de Enfermería. 2019, 35(1). Disponível: www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/prinFRIENDLY/1644/428

SILVA TN, et al. **Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(1):3-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0565. Acesso: 14/12/2019.

VEGA MONSALVE, Ninfa Del Carmen; SERNA-GOMEZ, Hector Mauricio. **Validación de un cuestionario sobre condiciones de salud y bienestar psicológico en el personal de enfermería**. Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], 35(1), may. 2019. ISSN 1561-2961. Disponível: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1653/413>. Acesso: 15/01/2020.

VERAS SMCB, MENEZES TMO, GUERRERO-CASTAÑEDA RF, SOARES MV, ANTON NETO FR, PEREIRA GS. **O cuidado da enfermeira à dimensão espiritual da pessoa idosa hospitalizada**. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):247-54. Disponível:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0685>. Acesso: 16/12/2019.

de VRIES, K., BANISTER, E., DENING, K. H., & OCHIENG, B. **Advance care planning for older people: The influence of ethnicity, religiosity, spirituality and health literacy**. Nursing Ethics, 26(7–8), 1946–1954, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1177/0969733019833130>

FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MULHERES MATRICULADAS EM UMA ACADEMIA DE TREINAMENTO RESISTIDO

Data de aceite: 20/05/2020

Virginia Januário

Doutora em ciências. Departamento Interdisciplinar da Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

Hanna Matos Castro

Enfermeira egressa da Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

Laura Maria de Moraes Almeida

Graduanda em enfermagem – Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

Patrícia Lopes de Souza Freitas

Graduanda em enfermagem – Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

Brunno Lessa Saldanha Xavier

Doutor em enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

Elizabeth Carla Vasconcelos Barbosa

Doutora em enfermagem. Departamento Interdisciplinar da Universidade Federal Fluminense/Rio das Ostras

RESUMO:Objetivo: identificar a prevalência de fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica (HAS) em mulheres matriculadas em uma academia de treinamento resistido localizada na Baixada Litorânea do Rio de Janeiro. **Método:** estudo descritivo, com

delineamento transversal e abordagem quantitativa. A amostra de 108 mulheres com idade ≥ 18 anos, foi obtida por conveniência. Os dados foram obtidos nas fichas de avaliação física utilizadas durante o processo de matrícula na academia, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva simples, com cálculo da frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Os fatores de risco mais prevalentes foram: níveis moderado ou alto de estresse (73%), insuficiência ou inatividade física prévia ao ingresso na academia (73%), história familiar positiva para hipertensão arterial (61,1%) e diabetes (56,5%), consumo de bebidas alcoólicas (59,2%), ocorrência de sobrepeso/obesidade grau I (49,1%), uso de contraceptivos hormonais (42,6%). **Conclusão:** A mudança do estilo de vida, com base nas evidências, deve ser o foco das ações educativas e assistenciais para a prevenção e controle da hipertensão arterial. Neste sentido, vislumbra-se a caracterização das academias de treinamento resistido como espaço de cuidado, onde a prática interdisciplinar é requerida e pode determinar, neste âmbito, a integralidade do cuidado a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: hipertensão, fatores de risco, treinamento resistido

ABSTRACT: **Aim:** to identify the prevalence of risk factors for systemic arterial hypertension (SAH) in women enrolled in a resistance training fitness center located in Baixada Litorânea of Rio de Janeiro. **Method:** descriptive study, with cross-sectional design and quantitative approach. The sample of 108 women aged ≥ 18 years was obtained for convenience. The data were obtained from the physical evaluation forms used during the enrollment process at the academy, after signing the informed consent form. For data analysis, simple descriptive statistics were used, with calculation of absolute and relative frequency. **Results:** The most prevalent risk factors were: moderate or high levels of stress (73%), insufficiency or physical inactivity prior to joining the gym (73%), positive family history for AH (61.1%) and diabetes (56.5%), consumption of alcoholic beverages (59.2%), occurrence of overweight / obesity grade I (49.1%), use of hormonal contraceptives (42.6%). **Conclusion:** The change in lifestyle, based on the evidence, should be the focus of educational and care actions for the prevention and control of AH. In this sense, resistance training fitness centers are characterized as a care space, where interdisciplinary practice is required and can determine, in this context, the integrality of health care for the population. **KEYWORDS:** hypertension, risk factors, resistance training

1 | INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das principais causas de morte prematura no mundo.¹ Trata-se de uma doença crônica, com efeito deletério em vários sistemas orgânicos a longo prazo. No entanto, observa-se também sua relação com eventos agudos e graves, como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico.²⁻⁴

Seu desenvolvimento decorre de fatores de risco não modificáveis como idade, sexo, etnia e história familiar de HAS. Todavia, são também relacionados fatores de risco modificáveis, e que dizem respeito ao estilo de vida, como por exemplo: uso de tabaco, ingestão de álcool, nutrição inadequada, estresse, excesso de peso, obesidade e sedentarismo. Considera-se, portanto, que a adoção de um estilo de vida saudável é determinante para sua prevenção e controle.^{2;3;5}

A prática regular de atividade física é uma das medidas que tem sido associada a diversos benefícios para homens e mulheres. As evidências são claras sobre seus efeitos na otimização do peso e da composição corporal.^{6;7} Um estudo realizado por Krinski et al. evidenciou redução significativa do percentual de gordura, assim como da pressão arterial e da frequência cardíaca, em pessoas de ambos os sexos, após um protocolo que associou exercício aeróbico e resistido, por um período de 6

meses.⁸

O exercício resistido ou treinamento resistido (TR), popularmente chamado de musculação, compreende exercícios realizados com pesos. Refere-se que, além do efeito sobre o sistema cardiovascular, o TR preserva funções musculoesqueléticas e ainda colabora para melhores interações sociais.⁹

Atualmente, observa-se um incremento da procura por academias para esta prática e, em nosso meio, nos chama a atenção o público feminino. Fermino, Pezzini e Reis¹⁰ referem que esta busca parece estar mais relacionada a questões da harmonia e da imagem corporal, mas vem permeada com as preocupações com a saúde e com a aptidão física.

Teixeira¹¹ considera que algumas práticas nocivas à saúde podem se constituir em formas de adaptação às tensões do cotidiano. Neste sentido, buscar, através da atividade física, uma modificação positiva em tais práticas, pode significar uma tentativa de melhorar a qualidade de vida.

Estas considerações nos instigaram a refletir sobre a saúde das mulheres que praticam TR, no espaço das academias de ginástica. Podem estes espaços de presumível representação da saúde e do bem-estar, se configurar em locais onde se pode identificar pessoas suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas como a HAS e, conseqüentemente, em locais de intervenção com vistas a ações preventivas? Neste contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de fatores de risco para HAS em mulheres matriculadas em uma academia de TR.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

A sociedade contemporânea tem imposto às populações a adoção de estilos de vida considerados bastante prejudiciais à saúde humana. Além das questões biológicas, os avanços tecnológicos, o aumento da expectativa de vida, as formas de consumo, as relações cotidianas, entre outros aspectos do comportamento humano, modificaram também as formas de adoecimento.^{12;13} Hoje, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por alta morbimortalidade e pelos crescentes custos com hospitalizações, onerando o sistema de saúde e o previdenciário.¹³

Assim, as modificações ocorridas nos perfis epidemiológico e demográfico da população brasileira nas últimas décadas determinaram a reorientação do modelo de atenção à saúde. Foi preciso direcionar as ações para práticas preventivas considerando a maior longevidade da população e o incremento das DCNT e suas repercussões.¹⁴

No rol das DCNT, a hipertensão arterial é uma doença de origem multifatorial e, ao mesmo tempo, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

É caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial em valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg e sua classificação é estabelecida conforme as diretrizes de hipertensão, publicadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.³ Atinge igualmente a homens e mulheres quando consideradas todas as faixas etárias,²⁻⁴ no entanto, um estudo desenvolvido em 2014 identificou maior prevalência entre as mulheres.¹⁵

Estima-se que a prevalência global da doença em adultos cresceu de cerca de 594 milhões de casos, em 1975, para 1,13 bilhão em 2015.³ No Brasil, há estimativa de que 36 milhões de pessoas sejam hipertensas, com proporções maiores em indivíduos acima dos 60 anos.²

As primeiras políticas públicas brasileiras para o enfrentamento da HAS foram desenvolvidas a partir da década de 1980, e acompanharam o processo de redemocratização do País o que, na área da saúde, culminou com a criação e implementação do SUS.¹⁴ E, ainda hoje, como incontestável fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais, e tendo em vista seu difícil controle em todo o mundo, a HAS continua sendo um dos principais temas na atualidade, ocupando posição de destaque nos debates na agenda da saúde.^{1-5;16}

O ministério da saúde, através da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, realizada por inquérito telefônico desde o ano de 2006 (VIGITEL), tem demonstrado tendência à evolução favorável de alguns indicadores intervenientes no desenvolvimento da HAS, como no âmbito do tabagismo, da nutrição e da prática de atividade física. Por outro lado, indicadores como excesso de peso, obesidade e consumo de álcool entre as mulheres, apresentaram evolução desfavorável estatisticamente significativa, de modo que a prevalência da doença segue em alta.⁵

Considera-se que a prevenção de doenças implica no reconhecimento dos indivíduos em situação de risco.¹⁵ Desta forma, no caso da hipertensão arterial, a identificação dos fatores de risco em grupos distintos deve anteceder o planejamento e implementação de ações preventivas. Todo local por onde circulam e se agregam grupos humanos deve ser considerado espaço de educação em saúde.

3 | MÉTODOS

Estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado numa Universidade Federal localizada no Estado do Rio de Janeiro.

O cenário foi uma academia de TR, localizada no município de São Pedro da

Aldeia, que compõe a Região da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro. O município possui população de aproximadamente 87.875 habitantes.

Com relação aos recursos humanos, há quinze (15) professores de educação física, dois (2) fisioterapeutas, quatro (4) recepcionistas e três (3) funcionários de serviços gerais. O horário de atendimento é abrangente, funcionando das 06 às 22 horas, de segunda-feira à sexta-feira, e das 08 às 13 horas aos sábados.

Cento e oito pessoas compuseram a amostra, que foi obtida por conveniência, seguindo os seguintes critérios de inclusão: sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos, com matrícula ativa na academia e que realizaram avaliação física no momento de seu ingresso.

Os dados foram coletados por meio de consultas às informações individuais registradas nas fichas de avaliação, utilizadas para admissão das alunas na academia, no período de abril a junho de 2017. Desta forma, as participantes cujas fichas de avaliação apresentavam dados incompletos, foram excluídas do estudo.

A coleta de dados se deu a partir das seguintes variáveis: idade, história familiar, história patológica pregressa, uso de medicamentos, estilo de vida (tabagismo, etilismo, estresse e hábitos alimentares e prática de exercícios), sinais vitais (frequência cardíaca e pressão arterial) e dados antropométricos, que possibilitaram o cálculo do índice de massa corporal – IMC - e do percentual de gordura, além das medidas da circunferência abdominal e relação cintura quadril – RCQ.

Os resultados foram organizados em planilha do programa Microsoft Excel® e passaram por análise estatística descritiva simples, calculando-se as frequências absoluta e relativa.

Em atendimento aos preceitos éticos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CAAE 64834616.5.0000.5243 - parecer n. 2.003.045) e as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4 | RESULTADOS

A média de idade foi de 30,4 anos. No entanto, verificou-se que 13% tinham idade superior a quarenta anos.

A HAS foi o agravo mais referido na história das famílias, seguida por proporções não menos importantes de casos de diabetes, doença cardiovascular, câncer e obesidade (tabela 1).

PATOLOGIAS	N	%
Hipertensão	66	61,1
Diabetes	61	56,5
Doença cardiovascular	24	22,2
Câncer	21	19,4
Obesidade	11	10,2
Hipercolesterolemia	3	2,8
Doença renal crônica	2	1,8
Hipotireoidismo	2	1,8

Tabela 1: História familiar

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores em ficha de avaliação física – RJ, 2017

Verificou-se baixa prevalência de doenças pré-existentes. A distribuição da história patológica pregressa das participantes pode ser vista na tabela 2. É importante destacar que nenhuma delas se declarou hipertensa.

PATOLOGIAS	N	%
Hipotireoidismo	4	3,7
Dislipidemia	1	0,9
Arritmia Cardíaca	1	0,9
Depressão	1	0,9
Câncer de mama	1	0,9
Problemas circulatórios	1	0,9

Tabela 2: História patológica pregressa

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores em ficha de avaliação física – RJ, 2017.

Em referência ao uso de medicamentos, 42,6% das participantes informaram uso de anticoncepcionais hormonais e 3,7% declararam realizar reposição de hormônio tireoidiano, sendo estes os de uso mais frequente. Outros medicamentos foram referidos em escala bem pequena. Uma das participantes referiu o uso de tamoxifeno, para o seguimento do tratamento do câncer de mama.

Quanto ao tabagismo, as participantes foram categorizadas como fumantes ou não fumantes. O hábito de fumar foi declarado por uma pequena parcela das mulheres (7,4%). Em contrapartida, identificou-se que mais da metade das participantes (59,25%) faziam uso de bebidas alcoólicas. No entanto não foram encontrados registros acerca da frequência ou quantidade consumida.

Os níveis de estresse, categorizados como intenso, moderado ou inexistente,

foram avaliados de forma subjetiva, ou seja, não foi utilizada uma escala específica. O registro deste item, nas fichas de avaliação, foi realizado de acordo com a autopercepção das participantes. Setenta e três por cento declararam apresentar níveis médio ou intenso de estresse.

Com relação à alimentação, 48% declararam realizar pelo menos cinco refeições diárias. Não havia informações disponíveis sobre a qualidade da alimentação ou sobre a composição das refeições.

Na avaliação do condicionamento físico, as participantes foram consideradas ativas (A): mulheres que já praticavam exercício físico de forma continuada há mais de um ano, três vezes na semana ou mais; ativas sem regularidade (ASR): mulheres que já tinham praticado atividade física, no entanto, apresentavam-se inativas por variável período; inativas (I): mulheres que nunca tinham praticado atividade física anteriormente.

Destaca-se que 73% das participantes não mantinham prática regular de atividade física. E vale ressaltar que o tempo de inatividade deste grupo variou entre dois meses a três anos.

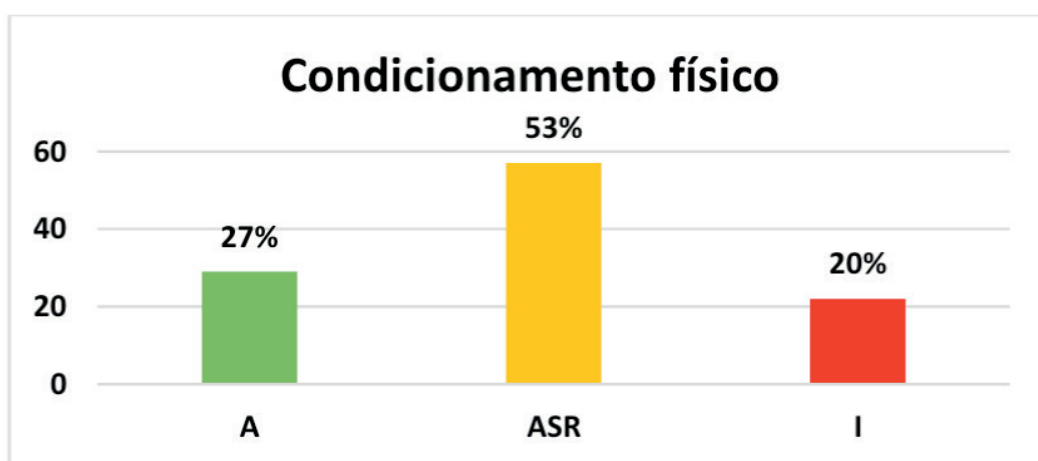


Gráfico 1: condicionamento físico

Fonte: elaborado pelos pesquisadores com base nos dados da ficha de avaliação física – RJ, 2017

Durante a avaliação física, os sinais vitais (frequência cardíaca e pressão arterial) foram verificados em repouso, em um único momento. Todas as participantes apresentaram a frequência cardíaca na faixa de 60 a 100 batimentos por minuto.

Os resultados das verificações da pressão arterial foram agrupados conforme a classificação estabelecida pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2016³. À medida da pressão arterial, a maioria se apresentava normotensa. No entanto, merece destaque o fato de que 15,7% das participantes apresentavam pressão arterial alterada. (tabela 3).

CLASSIFICAÇÃO	PS	PD	N	(%)
Normal	≤ 120	≤80	87	80,5%
Pré-hipertensão	121-139	81-89	4	3,8%
Hipertensão arterial estágio I	140-159	90-99	15	13,9%
Hipertensão arterial estágio II	160-179	100-109	2	1,8%
Hipertensão arterial estágio III	≥180	≤110	-	0%
Hipertensão arterial sistólica isolada	≥140	≤90	-	0%

Tabela 3: Medida da pressão arterial, em repouso, no momento da avaliação física.

PS- Pressão sistólica; PD – Pressão diastólica

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores em ficha de avaliação física – RJ, 2017.

Com base na antropometria, foram calculados o IMC e o percentual de gordura das participantes. As distribuições podem ser vistas nos gráficos 2 e 3, respectivamente.

Em referência ao IMC, destacam-se as proporções de mulheres que apresentavam sobrepeso e obesidade grau I.

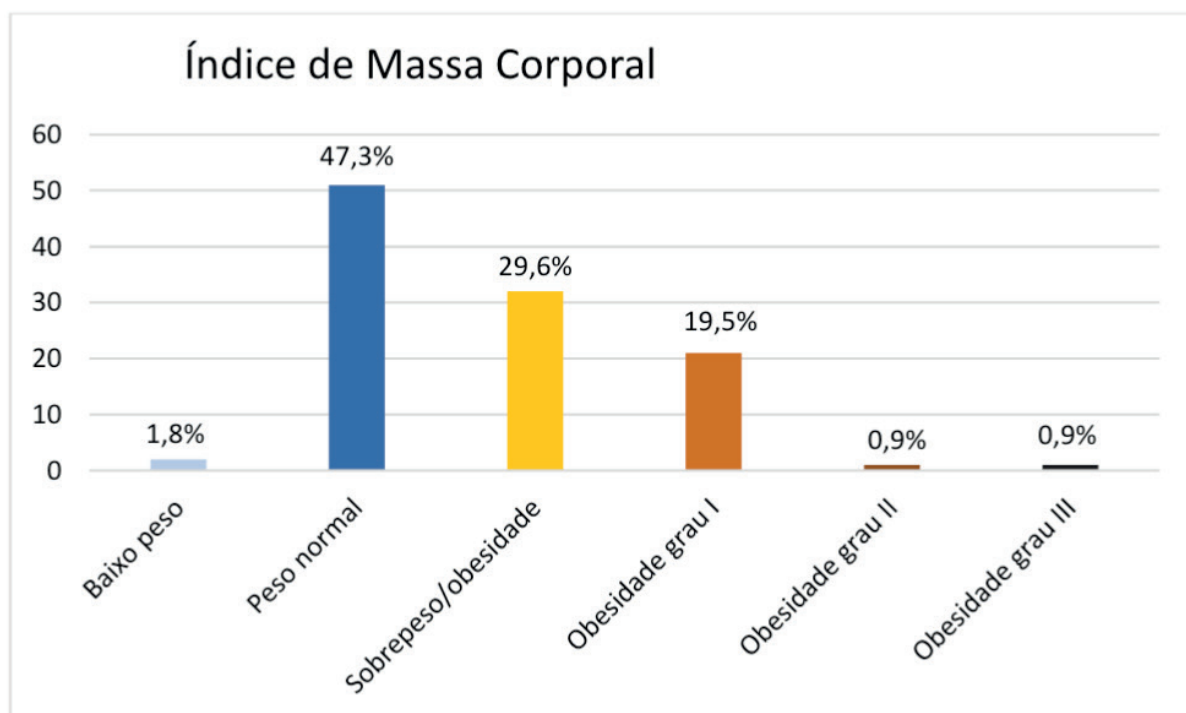


Gráfico 2 - Índice de Massa corporal

Fonte: elaborado pelos pesquisadores com base nos dados da ficha de avaliação física – RJ, 2017

À verificação do percentual de gordura, foi possível identificar que mais da metade das participantes encontrava-se abaixo da média, ruim ou muito ruim, de acordo com a classificação de Pollock e Wilmore.¹⁷

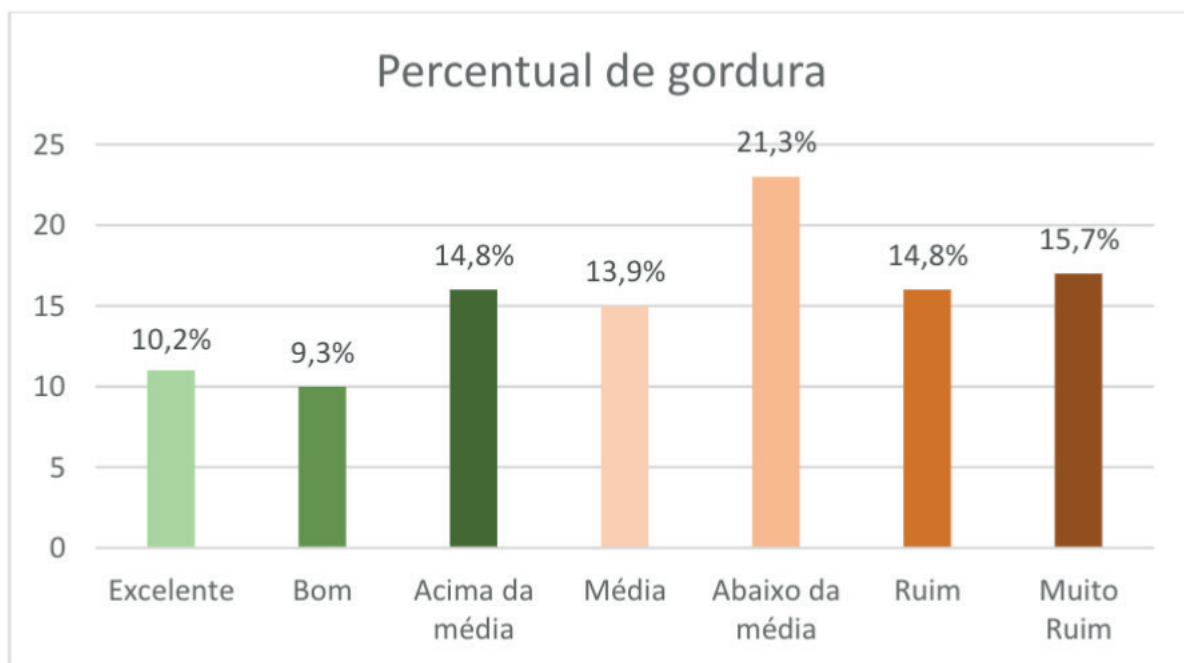


Gráfico 3: Percentual de gordura

Fonte: elaborado pelos pesquisadores com base nos dados da ficha de avaliação física – RJ, 2017

Como dados complementares a esta avaliação, verificou-se que a circunferência abdominal foi superior a 80 cm em 45,3% das mulheres, e a relação cintura/quadril (RCQ), foi maior que 0.85 em 18,5% dos casos.

5 | DISCUSSÃO

AHAS é uma doença multifatorial que por sua associação com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais, merece atenção no âmbito da prevenção e controle.^{1-5;16}

A literatura aponta que, de maneira geral, há maior prevalência em homens do que em mulheres com idade ≤ 65 anos. No entanto, uma inversão ocorre a partir desta faixa etária, ficando as mulheres mais susceptíveis.¹⁸ Neste estudo, diversas condições identificadas entre as participantes se constituem em fatores de risco para HAS e, consequentemente, para DCV.

O desenvolvimento de HAS e sua relação com a idade avançada estão bem estabelecidos. Esta associação relaciona-se ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e ao consequente aumento da população de idosos.¹⁻⁵

A idade acima de 40 anos foi associada à hipertensão arterial em mulheres, num estudo transversal de base populacional.¹⁹ Por ser um fator de risco não modificável, sugere-se que a parcela de mulheres, nesta faixa etária, identificada no presente estudo, se constitua num grupo de atenção e acompanhamento.

A história familiar mostrou a hipertensão arterial como o antecedente mais

prevalente, seguido por proporções também expressivas de diabetes, doença cardiovascular, câncer e obesidade. Como fator de risco não modificável, é um dos itens que orientam as investigações clínicas, e um alerta para direcionar práticas efetivas de prevenção e controle de doenças relacionadas a hereditariedade.^{3;16}

Apesar dos resultados envolvendo a história familiar, verificou-se baixa prevalência de doenças pré-existentes. O hipotireoidismo foi referido por 3,7% das participantes. Sua prevalência não é bem conhecida na população brasileira, mas sabe-se que é mais frequente no sexo feminino. Os sinais e sintomas envolvem queda de cabelo, aumento do peso corporal e fraqueza muscular. É importante destacar que 20% dos indivíduos com hipotireoidismo desenvolvem HAS secundária.³

Nota-se, no entanto, que nenhuma das mulheres se declarou hipertensa. Mas vale ressaltar que, além do hipotireoidismo, algumas das patologias identificadas, como dislipidemia, arritmia cardíaca e problemas circulatórios, podem contribuir para o desenvolvimento de HAS e para o aumento do risco cardiovascular.^{1-5;16}

Os medicamentos mais utilizados entre as participantes foram os contraceptivos hormonais. Conhecidos por seus efeitos no sistema cardiovascular, apresentam aumento do risco de trombose venosa profunda. Assim como outras condições que promovem alterações hormonais, o uso de contraceptivos pode influenciar o nível da pressão arterial, e sua associação com o fumo e/ou idade acima de 35 anos, aumenta o risco de acidente vascular cerebral.²⁰

Tendo em vista a gradual redução das dosagens de estrogênio e progestina na composição dos contraceptivos, as Sociedades Europeias de Cardiologia e de Hipertensão discutem em suas diretrizes que, em estudos mais recentes, os resultados referentes a estes efeitos são conflitantes em relação aos estudos mais antigos, e assim mantêm a recomendação de acompanhamento de mulheres que os utilizam.¹⁶

Uso de hormônio tireoidiano foi relatado por 3,7% das mulheres. Outros medicamentos, como hipoglicemiantes orais e isotretinoína, foram referidos em pequena escala, no entanto, todos têm potencial para gerar eventos adversos envolvendo o sistema cardiovascular.²¹⁻²⁴ De acordo com Plavinik,²⁵ algumas drogas podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de HAS secundária, enquanto outras podem determinar a redução da eficácia de drogas anti-hipertensivas e a elevação da PA de forma aguda.

Com relação ao estilo de vida, verifica-se sua especial importância nas formas de adoecimento da população. No entanto, é preciso considerar que a vida em sociedade é complexa, carregada de subjetividades, e por isso interfere sobre o corpo e a saúde.¹¹. A mudança do estilo de vida (MEV) faz parte das propostas de medidas não medicamentosas para o tratamento da HAS. Considera-se que as modificações são possíveis, desde que haja compreensão sobre o processo da

doença e que haja motivação suficiente para modificação de hábitos.²⁶

O consumo de álcool por 59,25% das participantes e os níveis de estresse de moderado a alto, foram as ocorrências de maior destaque. É importante ressaltar que a ausência de registros acerca da frequência e quantidade de bebida alcoólica consumida e a não utilização de uma escala para avaliação do stress entre as participantes, se constituem em limitações deste estudo.

Diversas pesquisas demonstraram a associação entre álcool e hipertensão. A ingestão excessiva de álcool (acima de 30 gramas/dia) foi associada à elevação da pressão sistólica (PS) e da pressão diastólica (PD). No entanto, há controvérsias quando o tema envolve a ingestão leve à moderada de álcool, pois alguns estudos mostram a ocorrência de efeito cardiovascular protetor.^{16;27;28} Em um dos estudos²⁸ os autores referem que houve redução de risco potencial para HAS nas mulheres, o que não ocorreu com os homens.

A American Heart Association (AHA), em um estudo de revisão sistemática e metanálise,²⁹ concluiu que há aumento de risco para HAS em homens em associação a qualquer dose de álcool, e que, apesar de não ter sido observado aumento de risco em mulheres que consumiram 1 a 2 drinks por dia, não há evidências de que haja efeito protetor gerado pelo consumo de álcool neste grupo.

Quanto aos níveis aumentados de estresse, considera-se que diversas questões podem ser relacionadas à sua ocorrência como condições de vida, relações sociais e afetivas, além de processos subjetivos que envolvem a forma de ser e estar no mundo. Teixeira¹¹ ressalta que as questões emocionais podem comprometer a saúde, já que interferem no estilo de vida.

Neste sentido, é bastante positivo observar que as participantes do presente estudo tenham se decidido por iniciar, retomar ou dar continuidade à prática de exercícios físicos, o que pode contribuir para a redução do estresse. Um estudo realizado na Universidade de São Paulo³⁰ demonstrou que a prática de atividade física regular, por um período de 12 meses, foi capaz de reduzir significativamente os sintomas de estresse.

O hábito de fumar foi declarado por uma pequena parcela das mulheres, mas vale ressaltar que, devido aos seus efeitos cardiovasculares e respiratórios, a cessação do fumo é medida altamente recomendada.^{1-5;16;26}

O padrão de alimentação é outro fator estritamente relacionado ao desenvolvimento da HAS. Além do número de refeições diárias, a composição da dieta tem extrema importância. Na sociedade contemporânea, o hábito de ingerir alimentos naturais tem dado lugar ao consumo de alimentos de fácil acesso, como os industrializados ou *fast food*. Esta mudança tem sido associada ao excesso de peso em aproximadamente 52,5% da população adulta do País.¹⁻⁵ Outro problema associado é o elevado consumo de sal e o desconhecimento da população acerca

do significado do que seja uma dieta hipersódica.⁵

Em associação às questões alimentares, o sedentarismo tem sido amplamente relacionado ao desenvolvimento de HAS. A SBC³ aponta que as mulheres são a maioria entre os indivíduos insuficientemente ativos. Em concordância com a literatura, o condicionamento físico das participantes, avaliado no momento da matrícula na academia, reflete tendência à irregularidade na prática de exercícios físicos ou à inatividade física.

A prática regular de exercícios físicos está entre as recomendações para prevenção da HAS, como parte da MEV.^{2-4;26} A prática da atividade física prolonga a vida, e a realização do TR tem impacto positivo na pressão arterial e apresenta efeito mais efetivo no aumento da força muscular, quando comparado ao exercício aeróbico.^{8;31}

Em relação à avaliação dos sinais vitais, não foram detectadas alterações na frequência cardíaca das participantes, que se mantiveram dentro dos padrões de normalidade (60 a 100 bpm) estabelecidos na literatura.³² As alterações da frequência cardíaca têm sido relacionadas ao risco cardiovascular aumentado e à maior mortalidade, quando associada à hipertensão arterial.³³

A HAS é caracterizada pela elevação sustentada da pressão arterial ($\geq 140/90$) em pelo menos duas medições, em indivíduos com risco cardiovascular baixo ou médio. Indivíduos que apresentam pressão arterial $\geq 180/110$ ou aqueles que apresentam pressão $\geq 140/90$ associada ao risco cardiovascular alto, têm o diagnóstico de hipertensão arterial a partir da primeira mensuração.^{2;3} Assim, a identificação de pressão arterial alterada em 19,45% das mulheres neste estudo deveria ser um indicativo de nova avaliação, acompanhamento e/ou solicitação de avaliação complementar. No entanto, não foram encontrados registros dos encaminhamentos mediante as alterações encontradas.

Por fim, foram avaliados os principais indicadores na determinação da obesidade.³⁴ A análise do IMC das participantes mostra maior prevalência de sobrepeso e obesidade I. O dado é relevante, considerando-se que no Brasil a prevalência é de 52,5% da população.^{2;3;5}

A classificação diagnóstica da obesidade através do cálculo do IMC é importante, e deve ser associada às demais avaliações do estado geral do indivíduo. A partir daí, pode-se discutir medidas que visem à sua redução, através da MEV e, quando houver necessidade, através de tratamento farmacológico ou cirúrgico.^{2;3}

Quanto ao percentual de gordura, verificou-se que mais da metade das participantes encontrava-se abaixo da média, ruim ou muito ruim, de acordo com a classificação, de acordo com Pollock e Wilmore.¹³

A circunferência abdominal foi superior a 80 cm em 45,3% das participantes, e a RCQ foi > 0.85 em 18,5% dos casos. Estas duas medidas detectam a obesidade

abdominal e são preditivos de risco cardiovascular.³⁴ A SBC³ orienta que a circunferência abdominal deve ser menor que 80 cm nas mulheres, e a RCQ deve ser menor que 0,85.³⁴

Esses parâmetros se referem ao volume de gordura corporal e se relacionam com o estilo de vida. Perder peso em associação com a regulação desses dados é de extrema importância para a prevenção e controle da HAS. Para que isto ocorra, é indispensável a associação entre um padrão saudável de alimentação e a prática regular de atividade física.^{2;3;16}

A HAS é uma doença de difícil controle em todo o mundo e é uma das maiores causas de mortalidade entre mulheres, com o avançar da idade. Seu controle, pode reduzir a mortalidade.¹⁸ Cabe, portanto, a todo profissional da saúde, o olhar cuidadoso, atento e individualizado (ainda que baseado em diretrizes), por meio da prestação de cuidados integrais a este e a outros grupos populacionais, com vistas ao avanço efetivo neste tema da saúde.

6 | CONCLUSÃO

Neste estudo, foram identificadas entre as participantes diversas características consideradas pela literatura científica como fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica.

Os fatores de risco mais prevalentes foram: níveis moderado ou alto de estresse (73%), insuficiência ou inatividade física prévia ao ingresso na academia (73%), história familiar positiva para hipertensão arterial (61,1%) e diabetes (56,5%), consumo de bebidas alcoólicas (59,2%), ocorrência de sobrepeso/obesidade grau I (49,1%), e uso de contraceptivos hormonais (42,6%). A identificação desses fatores poderá ser um ponto de partida para o planejamento de atividades educativas e de acompanhamento deste grupo.

As limitações referentes à coleta de dados, sugerem a necessidade de revisão das fichas de avaliação para que futuras pesquisas, planejamentos e intervenções encontrem consistência nas informações desejadas.

A proposta de mudança do estilo de vida, baseada em evidências científicas, deve ser o foco das ações educativas e assistenciais com vistas à melhoria da qualidade de vida, à diminuição dos fatores de risco e à redução de danos, e deve fazer parte das estratégias de prevenção.

A prática regular de exercícios físicos, envolvendo o treinamento resistido, é uma medida comprovadamente eficaz para a prevenção e controle da HA, e a busca desta prática se constitui numa modificação importante de comportamento, já identificada entre as participantes do estudo. No entanto, ações educativas, referentes aos demais fatores de risco, podem ser somadas aos objetivos primordiais

das academias de treinamento.

Neste sentido, vislumbra-se a caracterização das academias de treinamento resistido como espaço de cuidado, onde a prática interdisciplinar é requerida e pode determinar, neste âmbito, a integralidade do cuidado a saúde da população.

REFERÊNCIAS

World Health Organization. Hypertension. [internet]. 2019 September 13. [cited 2020 Feb 28]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> .

Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Manual de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl3).

Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 125 million people. Lancet 2014; 383(9932):1899-911.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância em Doenças não Transmissíveis. Vigitel 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Nogueira IC, Santos ZMSA, Mont'Alverne DGB, Martins ABT, Magalhães CBA. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(3):587-601.

Monteiro MF, Sobral Filho DC. Exercício físico e o controle da pressão arterial. Rev Bras Med Esporte _ Vol. 10, Nº 6 – Nov/Dez, 2004.

Krinski K, Elsangedy HM, Nardo Junior N, Soares IA. Efeito do exercício aeróbico e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. Acta Sci. Health Sciences 2006; 28(1):71-5.

Cantieri GN, Bueno CAM, Martinez-Ávila D. Efeitos do treinamento resistido em adultos com síndrome metabólica. Rev bras fisiologia do exercício 2018; 17(3):185-94.

Fermino RC, Pezzini MR, Reis RS. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. Rev Bras Med Esporte 2010; 16(1):18-23.

Teixeira ER, Costa e Silva J da, Lamas AR, Matos RM de. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado em saúde. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10(3):378-84.

Pôrto EF, Kümpel C, Castro AAM de, Oliveira IM de, Alfieri FM. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. Acta Fisiatr 2015; 22(4):199-205

Câmara C. Mapeamento político da saúde no Brasil com foco em diabetes e doenças cardiovasculares. Sociedade Brasileira de Diabetes: São Paulo, 2018.

Barreto MS, Silva RLDT, Waidman MAP, Marcon SS. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Rev APS 2013; 16(4):460-468.

Radovanovic CAT, Santos LA dos, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014; 22(4):547-53.

Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension; Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology. 2018 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2018; 36(10):1953-2041.

Pollock M, Wilmore J. Exercícios na saúde e na doença. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

Ahmad A, Oparil S. Hypertension in women. Hypertension 2017; 70:19-26.

Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Rev bras epidemiol 2016; 19(1):38-51.

Almeida APF de, Assis MM de. Efeitos colaterais e alterações fisiológicas relacionadas ao uso contínuo de anticoncepcionais hormonais orais. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde 2017; 5(5):85-93.

ANVISA. Bula do medicamento Levotiroxina Sódica. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

ANVISA. Bula do medicamento Gliclazida. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

ANVISA. Bula do medicamento Cloridrato de Metformina. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

ANVISA. Bula do medicamento Isotretinoína. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

Plavinik FL. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. Rev Bras Hipertens 2002; 9(2):185-191.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Souza DSM de. Álcool e hipertensão. Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. Rev Bras Hipertens 2014; 21(2):83-86.

Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. Hypertension 2008; 51:1080-1087.

Roerecke M, Tobe SW, Kaczorowski J, Bacon SL, Vafaei A, Hasan OSM, et al. Sex-specific associations between alcohol consumption and incidence of hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. J Am Heart Assoc 2018; 7:1-13.

Nunomura M, Teixeira LAC, Caruso MRF. Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. Rev Mackenzie de Educ Física e Esporte 2004; 3(3):125-134

Hall JE. Guyton e Hall: Tratado de Fisiologia Médica. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Morton PG, Fontaine DK, Fundamentos dos cuidados críticos de enfermagem: uma visão holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

César LAM. Frequência cardíaca e risco cardiovascular. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(5): 456-9

Caetano KA, Flores IA, Vilarinhos PAP, Fonsenca DC, Martins EDT, Brandão HP, et al. Indicadores antropométricos e risco cardiovascular em universitários: um mapeamento da produção. Revista Cereus 2018; 10(1):111-129

EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Data de aceite: 20/05/2020

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Beatriz dos Santos Andrade

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

RESUMO: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um método de assistência à saúde e tem como objetivo a chegada prévia à vítima após um agravo, seja de caráter clínico, cirúrgico, traumático, obstétrico, pediátrico, psiquiátrico, entre outros. O objetivo geral desta pesquisa consistiu em: Analisar as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil biopsicossocial da equipe multiprofissional do SAMU e levantar as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, baseado na Teoria das Representações Sociais (TRS). O lócus do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, do município

de Itabuna. Os sujeitos foram os profissionais da equipe multiprofissional do SAMU conforme critérios de inclusão. Foram utilizados como instrumentos para a coleta a entrevista semiestruturada e o DET. A análise dos dados da entrevista semiestruturada e da estória contida no DET foi fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin e a análise do iconográfico do DET foi fundamentada em Coutinho. Constatou-se que os profissionais representam as situações obstétricas com ambiguidades, permitindo a análise acerca do que é positivo e negativo. Ademais, percebe-se que a realidade denota facilidades e dificuldades no serviço, sendo indispensável à continuidade das capacitações através da educação continuada, propiciando atenção adequada para situações consideradas graves. Conclui-se que, o SAMU é fundamental para as gestantes, por ter profissionais habilitados para lidar com situações obstétricas, auxiliando na redução da mortalidade materna e fetal.

PALAVRAS-CHAVE: SAMU, Obstetrícia, Saúde da Mulher, Enfermagem.

OBSTETRIC EMERGENCIES: SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF THE URGENCY MOBILE CARE SERVICE

ABSTRACT: The Mobile Urgency Care Service (SAMU) is a health care method and aims at the prior arrival to the victim after an injury, whether of a clinical, surgical, traumatic, obstetric, pediatric, psychiatric nature, among others. The general objective of this research was to analyze the social representations of SAMU's multiprofessional team on obstetric emergencies. And as specific objectives: To characterize the biopsychosocial profile of SAMU's multiprofessional team and to raise the social representations of SAMU's multiprofessional team on obstetric emergencies. It is a qualitative, descriptive, exploratory study based on the Theory of Social Representations (TRS). The locus of study was the Mobile Emergency Care Service in the city of Itabuna. The subjects were the professionals of the multiprofessional team of SAMU according to inclusion criteria. The semi-structured interview and the DET were used as instruments for the collection. The analysis of the semi-structured interview data and the story contained in the DET was based on the content analysis proposed by Bardin and the iconographic analysis of the DET was based on Coutinho. It was found that professionals represent obstetric situations with ambiguities, allowing the analysis of what is positive and negative. In addition, it was noticed that the reality denotes facilities and difficulties in the service, being indispensable the continuity of the training through continued education, providing adequate attention to situations considered serious. It is concluded that SAMU is fundamental for pregnant, for having professionals qualified to deal with obstetric situations, helping in the reduction of maternal and fetal mortality.

KEYWORDS: SAMU, Obstetrics, Women's Health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um método de assistência à saúde que faz parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sendo implantado através da Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 e tem como objetivo a chegada prévia ao paciente após acontecimento de um agravo, seja de caráter clínico, cirúrgico, traumático, obstétrico, pediátrico, psiquiátrico, dentre outros. Oferece apoio nos casos de urgência e emergência ocorridos em domicílios, vias públicas e espaços de trabalho, enviando profissionais de saúde capacitados para suporte adequado às vítimas (BRASIL, 2012a).

Com pouco mais de dez anos de existência, o SAMU 192 se anuncia como mais uma potente instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de interligar todos os pontos de atenção da Rede de Urgência. Suas centrais de regulação, distribuídas

no território nacional, disponibilizam acolhimento e resposta às solicitações de mais de 75% da população (BRASIL, 2016).

Sabe-se que, o atendimento pré-hospitalar móvel atua em toda e qualquer situação com precocidade em virtude dos sofrimentos, sequelas ou mesmo à morte, fazendo-se necessário, portanto, garantir um transporte adequado para cada necessidade específica (BRASIL, 2018).

No que diz respeito às situações de maior gravidade, o fator tempo e a qualidade do serviço prestado no momento do socorro são fundamentais. Logo, para a população, o SAMU se caracteriza como uma possibilidade de acesso fácil, rápido e eficiente, melhorando assim, o prognóstico de saúde dos usuários (MICHILIN et al., 2016).

Embora na literatura haja dados de casos gerais assistidos por esse serviço, ainda existem poucas informações acerca das ocorrências de origem obstétrica (MONTEIRO et al., 2016). Considerando o alto risco para emergências obstétricas e a inexistência de estudos nacionais e internacionais que atrelem as significações sociais de profissionais do SAMU sobre tal condição, justifica-se a magnitude da pesquisa.

Diante do exposto, surgiu então a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas? Para responder tais questões, definiu-se como objetivo geral: Analisar as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas. E como objetivos específicos: Caracterizar o perfil biopsicossocial da equipe multiprofissional do SAMU; Levantar as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas.

Por fim, entende-se que as representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU sobre emergências obstétricas são de suma importância, tanto para os profissionais quanto para os estudantes da área da saúde, visto que possibilitará a compreensão das simbologias e trará à tona mudanças na assistência, estimulando consequentemente, a realização de mais estudos sobre o assunto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS), por compreender que a mesma tem capacidade de oferecer um aporte teórico/metodológico, auxiliando na compreensão das representações dos sujeitos e como são construídas coletivamente. Elas permitiram a apreensão de aspectos profundos da racionalidade humana, se revelando um método eficaz para analisar pensamentos e registros simbólicos das pessoas que eram até então desconhecidos e promoveram a identificação de ideias e acontecimentos

inéditos. Ressalta-se que, as representações sociais se tratam de um conjunto de crenças, explicações, pensamentos e ideias comuns a um determinado grupo de indivíduos que nos possibilita evocar um dado, um acontecimento, uma pessoa ou mesmo um objeto e resultam de uma interação social, sem perder de vista, contudo, a questão da individualidade (KRÜTZMANN; TOLENTINO NETO, 2019).

O locus do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pertencente ao município de Itabuna-Bahia, criado no ano de 2004. A cidade de Itabuna localiza-se no sul do estado da Bahia e apresenta uma área territorial de 401,028 km² e aproximadamente 213.223 habitantes (IBGE, 2018).

O estudo contou com 20 sujeitos, sendo eles: três enfermeiros intervencionistas, um enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente, dois médicos, sete técnicos de enfermagem e sete condutores socorristas, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais com formação no ensino fundamental, médio ou superior; profissionais com tempo de atuação no SAMU superior a seis meses. E teve como critérios de exclusão: profissionais licenciados ou que estão em processo de adoecimento e afastamento laboral.

A coleta de dados aconteceu no SAMU do município de Itabuna, no domicílio dos profissionais ou em qualquer lugar escolhido por eles de modo que o ambiente fosse calmo, reservado e sem presença de ruídos. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados, o roteiro de entrevista semiestruturada e o Desenho Estória com Tema (DET), sendo as entrevistas gravadas em aparelho digital, permanecendo arquivadas por cinco anos e após esse período sendo incineradas, o mesmo acontecerá com o DET.

Para pôr em prática a técnica do DET, os profissionais receberam a seguinte orientação: “Desenhe uma situação que você viveu no SAMU realizando um atendimento obstétrico e como você se sentiu diante dessa situação”. Para isso foram oferecidos materiais como folha de papel branco, lápis preto nº 2 e caixa de lápis de cor. Após desenhar, receberam a instrução de escrever a estória sobre o grafismo, contendo início, meio e fim, dando-lhe um título. Caso os profissionais não quisessem escrever, a estória narrada seria gravada e posteriormente transcrita.

A técnica supracitada é de grande importância para a compreensão acerca das representações sociais da equipe multiprofissional do SAMU, uma vez que revela aspectos que se encontram no inconsciente desses profissionais. Dessa forma, vale salientar que foi garantido o sigilo dos dados coletados e o anonimato dos profissionais.

A análise temática do conteúdo da entrevista semiestruturada e da estória contida no desenho, foi realizada através do método proposto por Bardin, que usufrui de um composto de técnicas que permitem conhecer o que é intrínseco por trás da fala dos entrevistados, auxiliando para que o objetivo da pesquisa e a interpretação

do material fossem alcançados. Este método é composto por três etapas, a primeira é chamada de pré-análise, onde ocorre a organização; a segunda é a exploração do material, onde ocorre a análise propriamente dita; e a terceira onde ocorre o tratamento dos resultados obtidos, juntamente com a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Para a realização da análise do grafismo do DET, utilizou-se o modelo proposto por Coutinho, momento que advém da observação sistemática dos desenhos e, por conseguinte, da seleção e categorização por paridade gráfica e/ou equivalência dos temas (RIBEIRO; COUTINHO; NASCIMENTO, 2010).

Destaca-se que, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) para avaliação, considerando as questões éticas da Resolução nº 466/2012 e aprovada sob o parecer nº 3.772.079 (BRASIL, 2012b).

O estudo com os profissionais do SAMU do município de Itabuna somente teve início após aprovação final do CEP, segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente com consentimento livre dos profissionais para participar, mediante esclarecimento prévio, claro e de fácil entendimento da natureza, dos objetivos, métodos, benefícios previstos e danos da pesquisa. Após anuência dos participantes, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito à faixa etária dos entrevistados, notou-se que transitavam entre 27 e 50 anos. No que se refere ao gênero, cinco eram mulheres e 15 homens. Com relação à escolaridade, 12 deles concluíram o ensino médio e oito concluíram o ensino superior. No que concerne ao tempo de serviço no SAMU, o mesmo variou de 3 a 16 anos.

Após caracterização do perfil biopsicossocial dos profissionais do SAMU, procedeu-se a leitura atenta das entrevistas e a categorização, destacadas a seguir:

3.1 Ambiguidades nas representações sociais dos profissionais do SAMU no atendimento às emergências obstétricas

As vivências dos componentes da equipe multiprofissional do SAMU nos atendimentos às emergências obstétricas são dinâmicas e retratam sentimentos ambíguos a partir dos relatos de quem as vive no cotidiano laboral (SOARES, 2017). As representações sociais dos entrevistados podem ser evidenciadas, através de uma dimensão positiva e/ou negativa, trazendo à tona sentimentos ligados ao prazer, habilidade, tranquilidade, assim como impotência, tristeza e descontentamento.

A satisfação dos profissionais que trabalham com urgências e emergências está

vinculada às habilidades que os mesmos desenvolvem com o passar dos anos de formação e serviço, tendo a atitude, presteza, competência técnica e humanização como características fundamentais para obtenção do êxito nos atendimentos (MELO et al., 2016). Dentre os depoentes, grande parte demonstrou-se pessoalmente contente com a atenção prestada às mulheres em situações de urgências e emergências obstétricas e atrelaram tal sentimento ao fato de se sentirem preparados para prestar tal cuidado em virtude das capacitações nesta área, o que corrobora com as falas a seguir:

[...] a gente é treinado, capacitado sempre. Se você faz um bom trabalho é gratificante pra você, se você sabe que ao término daquela ocorrência ali você vai sair feliz ao saber que você fez um bom trabalho entendeu? Que você agiu bem na sua ação, então isso aí é gratificante, isso aí enriquece a você mesmo [...] **(Técnica de Enfermagem 2)**.

Acredito que todas as vezes que a gente atendeu foram vitais, foram positivos [...] porque a gente conseguiu encaminhar pra assistência mais adequada no caso, somos capacitados [...] a gente fica satisfeito **(Enfermeiro da Educação Permanente 1)**.

É positivo você confiar na equipe que trabalha, por saber que todo mundo ali é treinado, porque direto tem capacitações pra essas coisas [...] a gente se sente feliz quando conseguimos atender com êxito uma paciente **(Médico 1)**.

Para que esse cuidado obstétrico seja prestado de forma eficiente, sabe-se que os membros da equipe deverão estar devidamente capacitados para lidar com tais ocorrências, porém no que se refere às urgências e emergências somente estar preparado não é suficiente, logo, faz-se necessário que o profissional assegure o controle da situação e imprescindivelmente, mantenha a calma (DANTAS et al., 2015).

Alguns participantes declararam que a calma, a paciência e a tranquilidade são pontos positivos indispensáveis para a eficiência diante dos casos de emergências obstétricas, tanto para aqueles que realizam os primeiros socorros quanto para as vítimas, como evidenciado nos depoimentos abaixo:

Acho que a paciência que a gente tem, ter calma pra lidar com as coisas, isso é positivo porque se não como é que faz? Se não for calmo vai deixar o paciente mais agitado [...] **(Condutor Socorrista 4)**.

A gente fica calmo, a gente é muito calmo na verdade, porque tem que ser [...] aí, a gente não deixa o paciente mais nervoso [...] tem que deixar ele calmo pra poder ajudar **(Técnico de Enfermagem 6)**.

Então, acho que a paciência e a calma são fundamentais, pontos realmente positivos pra que o atendimento ocorra bem **(Médico 2)**.

Nota-se que, o trabalho em equipe é elemento fundamental para o êxito dos chamados do SAMU e quando realizado de forma precisa, humanizada e adequada

às necessidades específicas dos sujeitos supera o modelo puramente tecnicista (SILVA et al., 2018).

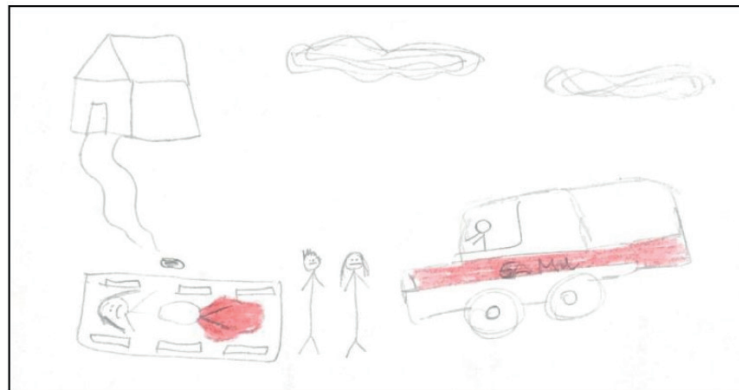
Percebe-se ainda que, a equipe multiprofissional do SAMU é composta por integrantes que atuam juntos desde a implantação do serviço e, nesse sentido, sinalizam o entrosamento como facilitador para o êxito dos episódios de causas obstétricas, possibilitando uma maior eficiência, como verificado abaixo:

O trabalho em equipe é positivo, a equipe ser capacitada é positivo, é bom trabalhar com quem você sabe que vai dar o melhor de si e vai poder ajudar o paciente da forma que ele precisa, é bom quando acontece, gratificante **(Enfermeira 3)**.

[...] positivo é você e sua equipe quando são entrosados, porque assim, o trabalho tem que ser multiprofissional, se não o atendimento não é feito direito **(Técnico de Enfermagem 1)**.

De positivo, hum [...] o atendimento através da equipe, porque se não tivesse um tipo de serviço como esse hoje, com uma equipe que trabalha tão bem junto, não sei o que seria do povo [...] **(Condutor Socorrista 3)**.

Portanto, observa-se no iconográfico que existe interação entre os membros da equipe multiprofissional do SAMU e que os mesmos não medem esforços para o sucesso nos cuidados prestados, como observada a seguir:



[...] USA1 foi acionada e quando chegamos na casa dela, ela estava no chão do quintal sangrando muito. Por ter sido uma queda eu pensei que podia ser descolamento de placenta, a equipe agiu rápido, cada um fez o que devia, demos os primeiros socorros e levamos correndo para o hospital **(Médico 1)**.

Além disso, entende-se que os recursos materiais e a estrutura física são de suma importância para o suporte eficiente no que tange às emergências obstétricas, visto que a falta ou deficiência dos mesmos pode interferir de forma direta nas demandas do serviço, tornando-se um elemento que dificulta e ocasiona de leves danos na prestação dos cuidados necessários até a interrupção completa da assistência adequada (SORATTO et al., 2017).

Sendo assim, percebe-se que os participantes apontam a falta de materiais básicos e a estrutura inadequada das ambulâncias como fator de insatisfação e preocupação diante das emergências obstétricas, como representado abaixo:

[...] a única parte que é ruim é quando não tem recurso, aí dificulta nosso trabalho **(Técnico de Enfermagem 4)**.

[...] os médicos e os enfermeiros às vezes se queixam de recurso, a incubadora mesmo tá quebrada, a neonatal **(Condutor Socorrista 5)**.

Hoje o que traz maior dificuldade seria o transporte de neonato porque a gente usa a incubadora neonatal e no momento ela não tá funcionando [...] em alguns momentos que faltam recursos, tipo, falta um clamp que a prefeitura não compra material, basicamente é a falta de material [...] **(Enfermeiro da Educação Permanente 1)**.

Olha, o maior problema que a gente enfrenta aqui ultimamente é falta de material básico tipo clamp [...] ah, tem a incubadora neo mesmo que tá quebrada **(Médico 2)**.

Sabe-se que, as centrais de regulação do SAMU possuem integrantes capacitados para definir se existe necessidade do envio de ambulância básica ou avançada, ordenando o fluxo de chamadas atendidas. Para tal, é necessário que o regulador saiba discernir qual chamado é de fato vital ou se essa urgência e/ou emergência é vista apenas através das percepções da população que aciona o serviço (MICHILIN et al., 2016).

Nota-se com os relatos, que ocorre um descontentamento dos profissionais do SAMU com a central de regulação, pois muitas vezes a equipe desloca-se para ocorrências prescindíveis, o que impacta de forma direta nas que de fato eram fundamentais, como evidenciado nas falas abaixo:

Olha, o que dificulta muito é a regulação, com relação às emergências obstétricas, eles procuram sempre mandar a unidade básica pra tentar resolver a situação, e não sabendo eles que essa emergência é voltada pra unidade avançada, então eles tão sempre mandando unidade básica [...] às vezes quando é uma situação que a gente dá pra resolver a gente resolve e às vezes a situação complica e a gente tem que acionar a avançada **(Técnica de Enfermagem 5)**.

Eu acredito que mais a parte da regulação mesmo, porque assim, algumas pessoas confundem uma ambulância com um hospital, acha que a gente tem que fazer tudo na ambulância, e manda as ambulâncias sem necessidade. Aí, quem tá precisando fica sem **(Condutor Socorrista 6)**.

[...] a gente acaba indo pra muitas situações sem necessidade, e aí outra pessoa pode estar precisando realmente e a gente estar ocupado, é um desgaste de equipe, desgaste de insumos, você ir pra uma ocorrência sem necessidade **(Enfermeira 1)**.

Um dos fatores que causa maior ambiguidade na assistência entre os profissionais do SAMU refere-se à violência contra a mulher, especialmente gestantes. Tal fenômeno se caracteriza por qualquer ato que cause danos físicos, emocionais, sexuais e psicológicos à mulher, inclusive ameaças. Essa violência torna-se ainda mais grave por ter o potencial de causar complicações preocupantes tanto para a

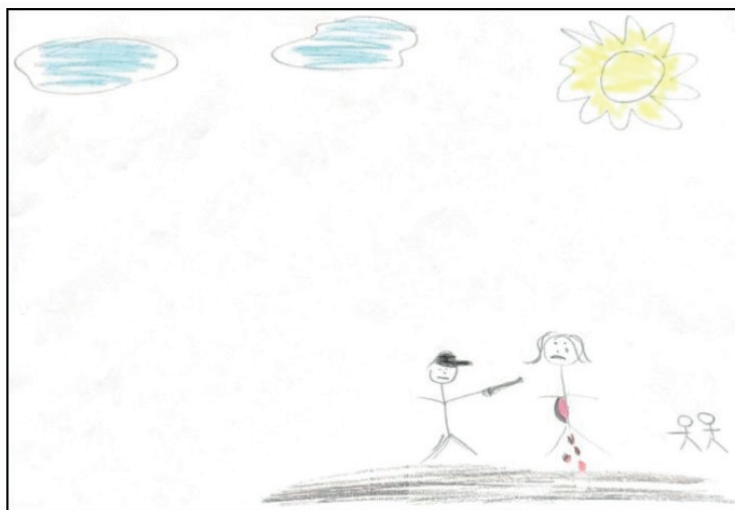
mulher quanto para o feto, podendo haver sangramentos, abortos, partos prematuros, trauma materno e fetal, entre outros (RAMALHO et al., 2017).

Dessa forma, os casos de violência contra gestantes são recorrentes e causam grande preocupação para os profissionais das urgências e emergências obstétricas, trazendo à tona um sentimento de impotência e desconhecimento da legislação, coadunando com os discursos abaixo:

A gente vê alguns casos de maridos que batem nas esposas grávidas [...] muitas vezes os maridos bêbados que batem [...] muitas vezes a gente não tem o que fazer **(Condutor Socorrista 6)**.

Negativo é você chegar numa ocorrência e ser porque o marido bateu na mulher, e olha que já vi muitas vezes viu, marido, companheiro, namorado, seja o que for [...] ainda mais quando ela tá grávida [...] já vi casos que a mulher até perdeu o bebê **(Técnico de Enfermagem 4)**.

Esses depoimentos corroboram com o fato de que há um crescimento exponencial dos casos de violência contra as gestantes, tendo como agressor quase sempre o companheiro, como demonstrados facilmente no desenho a seguir:



Eu fui pra uma paciente que tava com sangramento porque o marido bateu, e ela gestante, e ele queria entrar na ambulância com a gente [...] ela dizendo que não adiantava fazer nada porque ela ia ter que voltar pra casa, que ela só tava indo pro hospital porque ela tava com sangramento, mas que ela não ia denunciar, que ela ia ter que voltar pra casa de qualquer forma porque ela tinha outros filhos [...] essa parte de violência doméstica é o que mais me inquieta porque a gente tenta orientar, mas a gente fica um pouco limitado em relação a algumas coisas, se sente meio impotente sabe **(Enfermeira 1)**.

Desse modo, ressalta-se que é fundamental o entendimento acerca das ambiguidades nas representações sociais demonstradas pela equipe multiprofissional do SAMU acerca das emergências obstétricas, compreendendo não somente o que é considerado como positivo e/ou negativo na assistência, mas também percebendo a repercussão das suas significações na relação direta com as vítimas.

3.2 Competências e habilidades da equipe multiprofissional do SAMU na assistência às emergências obstétricas

As competências da equipe multiprofissional do SAMU delineiam o campo de atuação e elucidam seus papéis frente aos casos de emergência obstétrica. Além de todo o aporte teórico adquirido durante a graduação e as experiências vividas, é necessário que a equipe seja devidamente capacitada, tenha senso crítico, capacidade de agir com eficiência quando preciso e conhecer os limites do seu saber (MENDONÇA, 2018).

Nesse sentido, evidencia-se que os profissionais atuantes no serviço se consideram competentes e capacitados para lidar com situações de emergências obstétricas, como demonstrado nas falas abaixo:

Me sinto preparado, qualificado pra fazer os procedimentos [...] que esteja à altura do profissional técnico que esteja ali no momento **(Técnica de Enfermagem 2)**.

Sim, tanto à mulher quanto ao bebê, me sinto mais capacitado, embora atualizações sempre sejam necessárias **(Enfermeiro da Educação Permanente 1)**.

Sim, me senti sim, porque a gente tá sempre tendo capacitações, a gente é treinado pra essas situações, tanto pra parto, quanto pra emergências que possam acontecer, então sim, me sinto preparada **(Enfermeira 3)**.

[...] na minha posição dentro da equipe me sinto preparado porque os condutores socorristas dá a assistência aos técnicos [...] **(Condutor Socorrista 2)**.

As falas supracitadas demonstram que é essencial que a equipe se sinta capacitada, pois, assim, agirão de forma rápida e eficaz em casos de maiores agravos à saúde a fim de evitar óbitos, como percebido no iconográfico a seguir:



Atendemos uma gestante após a ligação de um conhecido falando que ela “estava se tremendo” no chão, quando chegamos à crise já havia passado, ela estava vomitando, os pés edemaciados e sua pressão estava muito alta, prestamos os primeiros socorros, demos os medicamentos e corremos com ela pro hospital Manoel Novaes, pois suspeitamos de eclampsia [...] **(Enfermeira 3)**.

Dessa forma, as aptidões são fundamentais para a melhoria da qualidade assistencial, aflorando, na maioria das vezes, no transcorrer da vida acadêmica e, sendo aperfeiçoadas desde a formação até o decorrer da vida profissional, através da educação continuada. Essas ações quando bem executadas permitirão que os membros da equipe multiprofissional adquiram os atributos necessários para lidar com situações de emergência obstétrica (CUNHA et al., 2018).

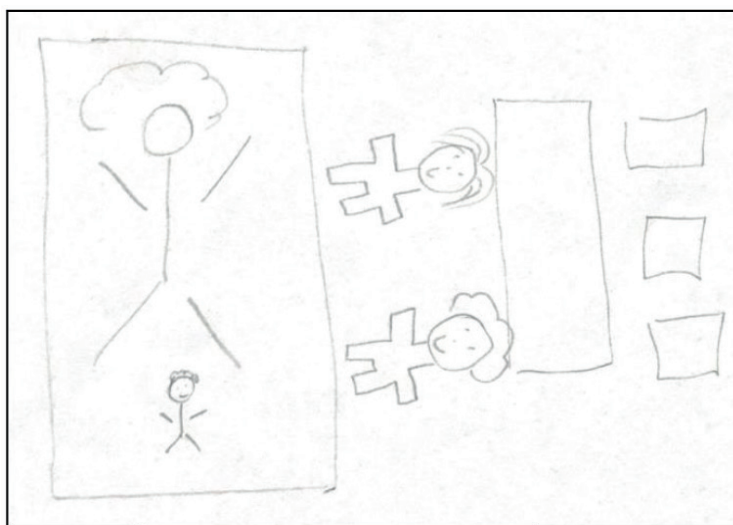
Os profissionais do SAMU julgam como aspectos essenciais o conhecimento técnico científico para lidar com situações de emergências obstétricas, como observado abaixo:

[...] a gente que é técnico e que é mandado pra parto tem que saber pelo menos o básico de prestar o atendimento à mãe e ao bebê quando ele nasce [...] como aquecer ele, colocar no contato pele a pele com a mãe, aspirar ele se tiver precisando, essas coisas básicas que todo profissional devia saber [...] **(Técnico de Enfermagem 3)**.

[...] tem que ser ágil, a equipe toda, porque existem casos que demandam agilidade da nossa parte, a gente não pode dormir no ponto se não pode perder a mãe e o bebê [...] temos que sempre estar atentos às atualizações, saber detectar uma emergência obstétrica, saber quais condutas tomar, ainda que não seja nossa área específica entende [...] **(Enfermeira 2)**.

[...] tem que saber os protocolos, mesmo não sendo especializado nisso, porque se não souber pode prejudicar o atendimento, se o parto for complicado tem que saber as manobras, se for uma hemorragia tem que saber o que fazer pra mulher não entrar em choque [...] se for uma eclampsia tem que saber quais medicamentos que usa, se não morre mesmo, e morre rápido **(Médico 2)**.

Ademais, as competências e habilidades desenvolvidas pelos membros da equipe do SAMU para que o atendimento seja prestado da melhor forma é perceptível, fato comprovado no desenho abaixo:



[...] a equipe foi acionada e ao chegar no local a gestante estava em trabalho de parto, ao ser conduzida para a ambulância a mesma acabou expulsando o RN que nasceu em apnéia e cianose, cada um fez seu trabalho, realizamos as manobras necessárias no RN e conduzimos ao hospital **(Técnica de Enfermagem 5)**.

Em contrapartida, alguns depoentes atrelam aspectos emocionais positivos ao conhecimento técnico científico, julgando-os de grande relevância para a realização do cuidado pautado na humanização, como evidenciado abaixo:

[...] você pode se deparar com alguma situação de urgência e emergência, tem que ter muita paciência, amor ao próximo é importante, você se colocar no lugar do próximo ali, da necessidade dele, e tentar ajudar da melhor forma **(Técnica de Enfermagem 2)**.

[...] olha, eu acho que além de tudo que a gente vê nos livros, tem que ser humano, o atendimento tem que ser humanizado, a gente tem que ter empatia sempre [...] dar uma palavra de conforto, às vezes é o que a pessoa precisa... é de alguém que se importe de verdade **(Enfermeira 3)**.

Para que a assistência à saúde seja considerada humanizada e integral é necessário que seja estabelecido um processo empático por parte da equipe prestadora do cuidado, por entender que o mesmo gera efeitos positivos, amenizando ao menos os danos emocionais causados pelo agravo. A empatia é uma característica socialmente aprendida e é tida como imprescindível nas situações de urgência e emergência, pois causam efeitos como: apoio, consolo, conforto, alívio pela redução da tensão, fortalecimento de vínculos, entre outros, proporcionando benefícios para aqueles que são atendidos (SOUZA, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SAMU é um serviço eficiente e imprescindível para à saúde das gestantes que requerem tratamento rápido para algum agravo na condição de saúde, e faz-se necessário que conte com profissionais devidamente capacitados e habilitados para lidar com situações de urgência e emergência obstétrica, evitando danos mais graves para a mãe e o feto como sequelas e até a morte.

Observou-se ainda, que as ocorrências de origem obstétrica são representadas pelos membros da equipe como algo que envolve prazer, habilidade, tranquilidade, assim como impotência, tristeza e descontentamento, conotando ambiguidades e contribuindo para a análise profunda acerca do que é positivo e negativo na visão do(a)s depoentes.

Conclui-se que, essa realidade denota facilidades e dificuldades vividas que tem influência direta no dia a dia do serviço. Além disso, ainda que os integrantes da equipe estejam cientes das suas competências e se sintam qualificados, a busca por mais conhecimento é indispensável para a qualidade nos atendimentos obstétricos, juntamente com a educação continuada dos profissionais de saúde que prestam esse tipo de assistência.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo (SP): Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012a**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília (DF): MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 288 de 12 de março de 2018**. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília (DF): MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília (DF): MS, 2016.

CUNHA, Yasmin Martins et al. A prática do enfermeiro em urgência e emergência: “competências x habilidades”. **Rev Científica Univiçosa**, v. 10, n. 1, p. 1346-50, 2018.

DANTAS, Uberlândia Islândia Barbosa et al. O Trabalho Dos Enfermeiros No Setor De Urgência: Limites E Perspectivas. **Rev enferm UFPE online**, v. 9, n. 3, p. 7556–61, 2015.

IBGE. **Brasil/Bahia/Itabuna**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/itabuna/panorama>>. Acesso em: 17 ago. 2019.

KRÜTZMANN, Fábio Luis; TOLENTINO NETO, Luiz Caldeira Brant de. Representações sociais de estudantes de Biologia sobre as futuras atividades profissionais. **Rev Ensaio**, v. 21, p. 1-17, 2019.

MELO, Elizangela Maria de et al. Satisfação dos enfermeiros que trabalham na urgência e emergência. **Rev Interdisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 1, p. 54–70, 2016.

MENDONÇA, Amanda Ribeiro et al. Competências do enfermeiro nos serviços de emergência. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2816-24, 2018.

MICHILIN, Nathallia Serodio et al. Análise dos atendimentos obstétricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 669–75, 2016.

MONTEIRO, Marilza Martins et al. Emergências obstétricas: características de casos atendidos por serviço móvel de urgência. **Rev Interdisciplinar**, v. 9, n. 2, p. 136–44, 2016.

RAMALHO, Naiane Monise Gomes et al. Violência doméstica contra a mulher gestante. **Rev enferm UFPE online**, v. 11, n. 12, p. 4999–5008, 2017.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NASCIMENTO, Emily da Silva. Representação Social da Depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. **Psicol, cienc e prof**, v. 30, n. 3, p. 448-63, 2010.

SILVA, Karla Rona da et al. Trabalho em Equipe: reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, supl. 5, p. 1-8, 2018.

SOARES, Carine de Jesus. **Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial**. 2017. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2017.

SORATTO, Jacks et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto e Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, p. 1-11, 2017.

SOUZA, Dilma Ferreira Silva de. **A empatia nos profissionais de enfermagem em situação de urgência e emergência**. 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia, Maceió, 2016.

FATORES INFLUENCIADORES FRENTE A POSIÇÃO DE ESCOLHA DE PARTO

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 31/01/2020

Emylie Lechman Rodrigues

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
Departamento de Enfermagem, Ponta Grossa
- PR. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7428529638533632>

Laryssa De Col Dalazoana Baier

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
Departamento de Enfermagem, Ponta Grossa
- PR. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3887396163176594>

Ana Paula Xavier Ravelli

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
Departamento de Enfermagem, Ponta Grossa
- PR. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4523815106983522>

Elaine Cristina Antunes Rinaldi

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
Departamento de Enfermagem, Ponta Grossa
- PR. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2949539016057738>

Suellen Vienscoski Skupien

Universidade Estadual de Ponta Grossa –
Departamento de Enfermagem, Ponta Grossa
- PR. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5664659065886585>

RESUMO: Objetivo: identificar se os profissionais da saúde influenciam e

esclarecem dúvidas quanto as diversas posições de parto para as parturientes. Métodos: pesquisa de abordagem quantitativa e descritiva, realizado em uma maternidade envolvendo 50 parturientes. Resultados: verificou-se que as parturientes conheciam e/ou foram orientadas previamente sobre as posições de parto e métodos de alívio da dor e, que as estas orientações foram suficientes para as tranquilizarem e ajudarem a entender sobre o que estava acontecendo. No entanto uma parcela das parturientes realizou o parto na posição de litotomia. Conclusões: o estudo revelou que os profissionais são capazes de influenciar a mulher na hora da tomada de decisão, mas que ainda o seu conhecimento prévio é predominante sobre as questões que rodeiam o parto.

PALAVRAS-CHAVE: Parturiente. Assistência ao Parto. Orientação Profissional. Modalidades de Posição.

INFLUENCES FACTORS FRONT OF THE CHOICE OF CHILDBIRTH

ABSTRACT: Objectives: to identify if the multiprofessional team influences and clarifies doubts about the different different positions for

the parturients. Methods: research of approach quantitative and descriptive carried out in a maternity involving 50 parturients. Results: it was verified that the parturients already knew and / or were previously oriented about the different positions and methods of pain relief, and that these orientations were enough to reassure them and help to understand what was happening. However, a portion of the parturients still performed the birth in the lithotomy position. Conclusions the study revealed that professionals are able to influence women at the time of decision making, but that their prior knowledge is predominant about the issues surrounding childbirth.

KEYWORDS: Parturient. Childbirth Assistance. Professional orientation. Position Modes.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente o nascimento ocorria de forma simples e natural, era um parto rodeado de hábitos e convicções pertinentes daquele tempo, reservado e doméstico realizado por parteiras, mulheres de total confiança da gestante. O parto normal é um processo fisiológico do corpo da mulher, que quando este não acarreta em alguma intercorrência gestacional, se mostra o mais adequado, seguro e saudável para o nascimento do feto, possui diversos benefícios para a parturiente e para o recém-nascido (NASCIMENTO, 2016).

Quando mencionamos a cesárea, temos relatos históricos de que a mesma era apenas utilizada quando ocorria a morte materna no passado, enquanto a cesárea realizada em vida tem sua datação em época atual (NASCIMENTO, 2016). O médico era contatado quando havia alguma intercorrência no parto, e a parteira não conseguia dar continuidade ao processo e, desta forma houve o interesse cada vez mais dos profissionais no trabalho de parto, e a institucionalização do mesmo começou a ganhar força (NASCIMENTO, 2016; SILVA; MELO; CRUZ, 2015).

Nessas circunstâncias, os profissionais da saúde manifestavam um papel insensível e indiferente, colocando muitas vezes os anseios da mulher em segundo plano, a prioridade era depositada na atenção técnica do trabalho de parto em detrimento as condições emocionais vivenciadas (CARDOSO, 2015). A parturiente passou a ser vista como um produto, perdendo sua autonomia e não participa ativamente das tomadas de decisões de como o parto será gerido devido as inúmeras mudanças elaboradas para dar auxílio a equipe de saúde e a gestante (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Com o passar dos anos o Ministério da Saúde incentivou o movimento de humanização do parto, incorporando nas políticas de saúde, inclusive com a criação da Política Nacional de Humanização (2014), Estratégia Rede Cegonha (2014), sendo utilizado como instrumento de mudanças, promovendo uma assistência

integral e humanizada, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento, podendo também minimizar os problemas que circundam o processo gravídico. Neste contexto o profissional de enfermagem está inserido diretamente na atenção do processo (BRASIL, 2014).

O incentivo aos profissionais da saúde optarem pela da atenção humanizada, demonstrando respeito pelo desejo individual, favorecer o acolhimento, o conforto, transmitir segurança física e emocional para as parturientes por meio da comunicação e do cuidado, abordar questões sobre as posições maternas durante o trabalho de parto, sobre os métodos não farmacológicos da dor, fornecendo informações das vantagens sobre estas, exercendo suas atribuições de enfermeiro(a) de maneira competente para que aconteça o reconhecimento dessas ações pela gestante (DIAS et al., 2018).

No início do trabalho de parto a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) nos traz como assistência no primeiro período o questionamento com a puérpera sobre seus desejos, expectativas e preocupações, organizar uma estratégia de cuidados e orientações sobre o que esperar na fase de latência do trabalho de parto e na busca da assistência. Em relação a posição no segundo período do trabalho de parto, recomenda-se o incentivo a mulher adotar a posição supina, decúbito dorsal horizontal, semi-supina ou outras posições que a mesma achar mais satisfatória incluindo as posições de cócoras, decúbito lateral ou quatro apoios, dentre outras, que podem ser realizadas durante o trabalho de parto sendo útil até mesmo para minimizar as dores e desconfortos (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que existem diversos tipos de dor, as quais tem a ver com os seus atributos particulares, suas manifestações, a duração, potência, repetições e com os fatores a ela relacionados, que abrange componentes emocionais, encorajadores, intelectuais e genéticos (PRATA, 2015).

Distinta de outras experiências dolorosas agudas e crônicas, essa dor não está associada à uma patologia, mas sim ao ciclo fisiológico reprodutivo da mulher, posterior a esta conclusão, destaca-se os métodos não farmacológicos no alívio da dor, que indicam uma notável eficiência na assistência a mulher no decorrer do trabalho de parto. O recurso terapêutico inclui a utilização de técnicas não medicamentosas conduzida exclusivamente a cada parturiente sempre que possível. Sendo estas as principais: deambulação, mudança de posição, técnicas de relaxamento, bola suíça e, massagens corporais (PRATA, 2015).

Salienta as recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) referente ao apoio e estímulo nas escolhas de preferência da mulher, nas ações não farmacológicas para alívio da dor, sendo elas ações não invasivas e livres de efeitos colaterais, não devendo estas serem represadas pelos profissionais e, uma das alternativas para o conhecimento dessas recomendações é o pré-natal

(BRASIL, 2016).

O papel da Atenção Primária a Saúde no Pré-natal é ser responsável por garantir o mínimo de 07 (sete) consultas de pré-natal a gestante, com isso é primordial que os profissionais da área da saúde realizem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo uma delas por exemplo o plano individual de parto. Este é realizado pela mulher durante a gestação em conjunto com seu companheiro e a equipe médica, em que poderá expressar suas vontades de como o parto irá proceder, quais procedimentos serão ou não realizados, como ter a liberdade de deambulação, mudança de posição, ingestão de líquidos e alimentos leves, entre outros (BRASIL, 2014).

Ressalta-se a importância de se explorar o conhecimento e orientações das parturientes em relação a escolha de sua vontade entre as diferentes posições de partos que podem ser realizadas caso não haja nenhuma intercorrência previamente conhecida pela equipe de profissionais, justamente em uma época em que o parto humanizado é muito abordado de maneira abrangente na área da saúde.

Sendo assim, é relevante na obstetrícia que os profissionais proporcionam a autonomia da parturiente, dando-a o direito de seu próprio corpo e de suas decisões, o que implica também em um impacto positivo de empoderamento feminino, em relação física do seu corpo, na redução do nível de dor e desconforto, juntamente com o emocional no aumento da satisfação da mulher, vivenciado em um momento importante em sua vida e na do casal no presente e futuro.

Nesta perspectiva, é necessário conhecer os fatores que geram influência da parturiente na escolha de parto e a posição da mesma, se esta é orientada quando realizado as consultas do pré-natal ou nos serviços de saúde que procuraram no momento do parto.

Desta forma, o presente estudo objetivou identificar se os profissionais da saúde influenciam e esclarecem dúvidas quanto as diversas posições de parto para as parturientes de uma Maternidade escola dos Campos Gerais.

2 | MÉTODOS

O delineamento deste estudo descritivo de abordagem quantitativa, cujo instrumento para a obtenção dos dados foi um questionário estruturado com dados de identificação e questões fechadas. A aplicação do questionário foi efetuada em uma Maternidade do hospital escola do município de Ponta Grossa – PR de referência ao risco habitual pela própria pesquisadora. Este questionário continha perguntas sobre dados sociodemográficos, se a parturiente estava com acompanhante, qual a posição que a mesma adotou na hora do parto, se ela estava se sentindo segura e relaxada, perguntas sobre os fatores que a parturiente considerava importante na

hora da escolha da posição do parto, se a mesma realizou ações para o alívio da dor, e se as orientações que os profissionais passaram a ela foram suficientes para que a ajudasse e tranquilizassem ela na hora do parto.

A amostra por conveniência desta pesquisa foram 50 parturientes que estiverem internadas em alojamento conjunto da Maternidade entre os meses de março e abril de 2019, 24 horas após o parto.

Os critérios de inclusão foram as parturientes que realizaram seus partos no hospital escola do município de Ponta Grossa – PR, e aceitaram colaborar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, com os critérios de exclusão sendo as parturientes de alto risco, com intercorrências gestacionais e/ou as que realizaram o parto cesárea, as que não aceitaram participar da entrevista ou que não assinaram o termo de consentimento.

Decorreram-se então a coleta dos dados, os quais foram compilados e registrados no software Microsoft Excel 2016, e sua análise se deu por estatística descritiva expressas em frequência e percentual.

A realização da pesquisa considerou os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitando o compromisso de manter em sigilo e anonimato. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob o parecer nº 1.055.927.

3 | RESULTADOS

As parturientes participantes deste estudo, 62% estavam na faixa etária entre 19 a 30 anos, 20% entre 12 e 18 anos e, 18% acima dos 30 anos de idade. Quanto a situação conjugal, 40% tinham companheiro em união estável, 38% eram casadas e, 20% solteiras. Conforme a escolaridade 32% apresentaram o Ensino Médio Incompleto, 18% tinham o Ensino Fundamental Incompleto e 14% delas tinham o Ensino Superior Completo.

As entrevistadas em situação de desemprego foram de 78% e, 50% com a renda mensal abaixo de 1 salário mínimo. As parturientes que tiveram acompanhantes no momento do trabalho de parto foram de 94%, destes acompanhantes 52% eram os seus esposos, 22% as mães e, o 14% se dividiam em sogra, irmã e namorado.

Na tabela 1, em relação a posição adotada no momento do trabalho de parto, 86% adotaram a posição litotômica, 70% relataram que a mesma foi sugerida a elas, mas que 46% não souberam identificar qual era o profissional que havia feito a sugestão da posição, destas 70% disseram que a mesma era confortável e às ajudava a fazer força no momento da expulsão do feto.

Posição adotada	N	%
Litotomia	43	86
Sentada	5	10
Ajoelhada	1	2
Decúbito lateral esquerdo	1	2
Posição sugerida?	N	%
Sim	35	70
Não	15	30
Qual profissional		
Médico(a)	15	30
Enfermeiro(a)	9	18
Ambos	3	6
Sem resposta	23	46
A posição adotada era		
Confortável e ajudou nos puxos	35	70
Confortável, mas não ajudou nos puxos	8	16
Não era confortável, mas ajudou nos puxos	5	10
Não era confortável e não ajudou nos puxos	2	4

Tabela 1: Consideração da parturiente sobre a posição adotada na hora do parto no Hospital escola no período de março a abril de 2019.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na tabela 2, das parturientes que já tinham conhecimento prévio sobre as posições de parto e/ou que foram orientadas anteriormente sobre as mesmas foram de 68%, as que se referiram à posição litotômica foram de 32% e, 28% de que conheciam mais de uma posição de parto, em relação a de como obtiveram este conhecimento 30% informaram que foi por mais de uma opção, 20 % por meio do(a) médico(a) e apenas 18% por enfermeiro(a), 84% relataram que as mesmas foram suficientes para as tranquilizarem e ajudarem sobre o que estava acontecendo.

Conhecia ou foi orientada sobre as posições	N	%
Sim	34	68
Não	16	32
Quais ouviu falar		
Litotomia	16	32
Quais ouviu falar	N	%
Sentada	3	6
Cócoras	1	2
Ajoelhada	1	2

Em pé	1	2
Mais de uma opção	14	28
Todas	11	22
Sem resposta	3	6
Onde e/ou por quem	N	%
Médico(a)	10	20
Enfermeiro(a)	9	18
Doula	1	2
Grupo de Gestante	2	4
Consulta do pré-natal	3	6
Mídia	2	4
Livro e/ou internet	4	8
Parente, amiga e/ou vizinha	3	6
Mais de uma opção	15	30
Sem resposta	1	2
Sobre as orientações recebidas		
Foram suficientes para tranquilizar e ajudar	42	84
Foram insuficientes e não ajudaram	4	8
Não recebi orientações	4	8

Tabela 2: Consideração sobre as orientações recebidas durante o trabalho de parto no Hospital escola no período de março a abril de 2019.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quanto ao sentimento de segurança e relaxamento, 92% se sentiram seguras durante o trabalho de parto, sendo 82% durante a maior parte do tempo e, sobre estar relaxada 50% disseram que sim e as outras 50% relataram que não, sendo para ambas na maior parte do tempo que estavam em trabalho de parto (46%). Nos fatores a serem considerados importantes na hora da escolha da posição do parto, 34% relacionaram a dor como principal fator, 12% o medo, 10% a insegurança e a vivência de gestação anterior, 16% distribuídas em recuperação pós-parto, a falta de conhecimento e experiência de outras mulheres da sua convivência.

Na tabela 3, as parturientes que realizaram ações para o alívio da dor durante o trabalho de parto foram de 66%, mas 36% não souberam ou não se recordavam das ações e, 28% relataram que realizaram mais de uma das ações durante o trabalho de parto.

Realizou ações para alívio da dor	N	%
Sim	33	66
Não	17	34
Caso sim, o que	N	%
Banho de aspersão	9	18
Massagem	2	4
Bola Suíça	5	10
Mais de uma opção	14	28
Caso sim, o que		
Todas	2	4
Sem resposta	18	36
Conhecia ou foi orientada sobre o alívio da dor		
Sim	38	76
Não	12	24

Tabela 3: Ações não farmacológicas de alívio da dor realizadas pelas parturientes em trabalho de parto no Hospital escola no período de março a abril de 2019.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quando questionada sobre as futuras gestações, se as parturientes gostariam de tentar realizar o parto em uma posição diferente da que foi a atual, 62% referiram que não desejariam tentar, mas a mesma estava associada ao desejo de não possuir mais filhos no futuro, enquanto 38% tinham o desejo de optar por uma posição diferente no momento do parto.

4 | DISCUSSÃO

Sobre ao perfil sociodemográfico das gestantes, um estudo (SILVA, M, 2019) nos traz que apesar da melhor idade biológica seja entre 18 e 20 anos, por ser apontado como o período de íntegro desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, esta idade foi aumentada, passando a ser considerado a partir dos 16 anos aos 35 anos de idade, o que vai ao encontro com o resultado desta pesquisa em que foi obtido 20% das parturientes na faixa etária de 12 a 18 anos e, 18% acima dos 30 anos de idade.

A situação conjugal se mostra benéfica no progresso da gestação, pois visa o suporte e a atuação do companheiro no estímulo da segurança socioeconômica e psicológica ligada ao feto. Outro estudo refere que a baixa escolaridade influencia no não planejamento de uma gestação, que o conhecimento reduzido sobre sexualidade e planejamento familiar implicam em uma saúde reprodutiva debilitada, geram também um menor acesso aos serviços de puericultura, favorecendo o aumento

das estatísticas de morbimortalidade infantil (DIAS et al., 2018). O alto percentual de mulheres que não possuem emprego, vivendo com uma remuneração pequena, sugere relação com a baixa escolaridade pois um maior grau de ensino promove alcance do emprego e melhores condições de vida (BARBOSA et al., 2017).

Referente a presença do acompanhante, podemos relatar a Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecido como uma prática humanizada, preconizada pelo Ministério da Saúde. Assim, a presente pesquisa corrobora, 94% das parturientes tiveram acompanhantes no percorrer do processo de trabalho de parto (BRASIL, 2005).

A pessoa indicada pela mulher para estar presente durante o trabalho de parto é encarregada pelo apoio dos sentidos emocionais e alívio físicos, diminuindo os sentimentos de solidão, apreensão, preocupação, angústia, os níveis de estresse e dor. Destaca que ações feitas pelo acompanhante como o contato, a massagem, o amparo durante a deambulação e a conversa proporciona incentivo para a gestante e ajudam a mesma na escolha da melhor posição (PEREIRA, 2016).

Referente a posição de escolha pela parturiente o Ministério da Saúde preconiza a promoção do parto e nascimento humanizado, oferecendo métodos de partos na posição vertical como a de cócoras, quatro apoios, sentada e em pé (BRASIL, 2016). É fundamental que a gestante possua a autonomia de escolha de posição de parto e movimento que melhor lhe condiz, favorecendo a evolução em todos os aspectos do trabalho de parto, mas que não se pode descartar que o maior conhecimento das gestantes é em relação a posição deitada (SILVA, D, 2018), o que pode servir de influência na decisão, pois consideram que a posição deitada contribui para a realização da força, descida e expulsão do feto, sem levar a gravidade como útil no momento da expulsão do feto. Para alguns dos profissionais da área da saúde esta posição é justificada por possibilitar uma monitorização e avaliação constante e rápida do progresso do trabalho de parto para caso seja necessária alguma intervenção.

Diante do conhecimento ou orientação da gestante, apresenta diferença entre o profissional médico e enfermeiro, pois um dispõe da formação apontada para os processos patológicos e fisiológicos do processo de gravidez, enquanto o outro estabelece a assistência e cuidados no percurso fisiológico particular de cada gestante, sendo estes apontados como mediadores e detentores de conhecimento sobre o trabalho de parto e suas particularidades (SANTOS, 2015).

As gestantes precisam dispor deste conhecimento e informações, como por exemplo as aplicações de diferentes posições de parto existentes, para que a mesma possa envolver-se no processo e compreender que estas posições podem

proporcionar um maior bem-estar a elas, pois diminuem significativamente o tempo de esforço para a expulsão do feto e principalmente a dor (NASCIMENTO, 2016).

É importante a participação do enfermeiro nesta etapa, pois o mesmo estabelece um vínculo com a gestante quando efetua com ênfase a ação de orientação e educação em saúde, esclarecem dúvidas sobre novas descobertas do processo de trabalho de parto afim de prepara-la para experienciar o parto de uma maneira tranquila e saudável, remetendo também ao sentimento de segurança e, este trabalho se inicia desde o pré-natal da gestante na Unidade de Saúde onde a Política Nacional de Humanização proporciona uma recepção qualificada por meio da escuta, da receptividade da gestante na plenitude do cuidado, da observação de suas fragilidades e no favorecimento do vínculo (DIAS et al., 2018).

Com relação aos métodos de alívio a dor, de acordo com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a promoção do parto e nascimento humanizado, deve ser proporcionado o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor, sendo elas a massagem, o banho de aspersão, e o uso da bola suíça. Faz-se importante a realização das medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto, pois amenizam os níveis de stress, ansiedade e percepção de dor da gestante, sendo medidas favoráveis e satisfatórias, sem efeitos adversos e de fácil aceitação, ocasionando um maior tempo de relaxamento no decorrer do trabalho de parto (PRATA, 2015).

Outro aspecto importante é em relação ao sentimento de não possuíam o desejo de ter mais filhos no futuro, colaborando com outro autor que traz sobre a mudança de posição da mulher na sociedade atual, a qual está assumindo diferentes comportamentos sendo como esposa, mãe e profissional, de modo que pode gerar impacto na sua relação com a maternidade, pois a sua prioridade está voltada a concluir os estudos e investir na sua carreira profissional, para obter uma estabilidade financeira, assim adiando o planejamento familiar com filhos futuros (BERNARDI; CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018).

Além disso, a introdução da mulher no mercado de trabalho serve de influência para a delonga no planejamento de uma gestação, pois para tal muitas vezes a mesma necessita se afastar do mercado de trabalho para o cuidado da gestação e futuramente ser capaz de conciliar os afazeres do lar, filhos e da carreira profissional, podendo gerar um ambiente problemático e incompatível, devido aos cuidados que uma criança requer e a dedicação que as empresas exigem de seus funcionários (BERNARDI; CARNEIRO; MAGALHÃES, 2018).

5 | CONCLUSÃO

A pesquisa constatou que o objetivo foi atendido visto a efetivamente do trabalho

que conseguiu identificar que o sentimento de segurança esteve presente na maior parte do tempo em que as parturientes permaneceram no hospital durante o trabalho de parto, mas que a dor e o medo ainda são fatores importantes na hora da tomada de decisão sobre a escolha de posição de parir.

Também houve a orientação por partes dos profissionais quanto as posições do parto e das ações de alívio da dor, principalmente pelo(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) e que os mesmos conseguiram influenciar as parturientes a realizarem uma ou mais ações para o alívio da dor que estavam sentindo no momento do trabalho de parto mas, influenciaram parcialmente na decisão de escolha de posição do parto visto que a maior parte das parturientes entrevistadas optaram pela posição de litotomia, a mesma que elas possuem o conhecimento predominante.

O que nos leva a refletir sobre os desafios que as instituições e os profissionais da área enfrentam em relação ao conhecimento prévio que as mulheres possuem sobre o parto e de como podemos trabalhar para agregar estes conhecimentos com os saberes teórico-científico que os profissionais possuem, vindo ao encontro com o que especifica as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016).

Por fim, os resultados e a discussão apresentados buscam progredir a respeito de como o conhecimento científico dos profissionais e os saberes e anseios das parturientes da maternidade são de notável importância na influência de tomada de decisão em um momento ímpar na vida da mulher.

REFERÊNCIAS

BARBORA, E, M; *et al.* **Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Vol. 18, n.2, p.7, 2017;

BERNARDI, D; CARNEIRO, T, F; MAGALHÃES, A, S. **Entre o desejo e a decisão: a escolha por ter filhos na atualidade.** Contextos clínicos. Vol.11, n.2, p.5-7, 2018;

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Relatório de Recomendações. Brasília -DF, 2016;

BRASIL. LEI Nº 11.108 - DE 7 DE ABRIL DE 2005 - DOU DE 8/4/2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;**

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS. **Humanização do Parto e Nascimento.** vol.14. Brasília – DF, 2014;

CARDOSO, D, C, F, L. **As Posições Maternas Durante o Trabalho de Parto e a Sua Influência nas Variedades Occipito-Posteriores Fetais.** Porto. Escola Superior de Enfermagem. p.73-78, 2015;

DIAS, E, G; *et al.* **Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais.** Revista Saúde e Desenvolvimento. Vol.12, n.10, p.

5-6, 2018;

NASCIMENTO, E, S, S. **O Resgate Histórico do Nascimento**. Porto Velho. Centro Universitário São Lucas. p.8-19, 2016;

PEREIRA, B, M. **Percepção das puérperas quanto a importância da presença do acompanhante na sala de parto**. Niterói. Universidade Federal Fluminense. p. 24-26, 2016;

PRATA, A, R, P, G. **Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto**. Portugal. Instituto Politécnico de Viseu. p.28-39, 2015;

SANTOS, R, A, A; MELO, M, C, P; CRUZ, D, D. **Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura**. Cad. Cult. Ciênc. Vol.13, n.2, p.1-11, 2015;

SILVA, D, F; PERES, L, C; ARAÚJO, N, C, S. **Conhecimento das gestantes sobre as posições do parto**. Revista de Enfermagem da FACIPLAC - REFACI. Vol.1, n. 1, p.7-8, 2018;

SILVA, M, C, R, G; *et al.* **Perfil epidemiológico-obstétrico e sociodemográfico de gestantes atendidas em um centro de saúde da família**. Revista Saúde e Desenvolvimento. Vol. 13, n. 14, p.7-10, 2019;

VENDRÚSCOLO, C, T; KRUEL, C, S. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Disciplinarum Scientia. Vol. 16, n. 1, p. 7, 2016.

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO A PACIENTES COM DENGUE CLÁSSICA E DENGUE HEMORRÁGICA

Data de aceite: 20/05/2020

Samira Coelho Abreu

Faculdade Pitágoras, São Luís, MA, Brasil.

Serlandia da Silva de Sousa

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Ana Claudia Garcia Marques

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Paulo Henrique Alves Figueira

Faculdade Pitágoras, São Luís, MA, Brasil.

Camila Maria Pinheiro de Mello e Silva

Universidade CEUMA, São Luís, MA, Brasil.

José de Ribamar Medeiros Lima Junior

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Thaynara Helena Ribeiro e Silva Medeiros

Universidade Federal do Maranhão\UFMA, São Luís, MA, Brasil.

Naine dos Santos Linhares

Universidade CEUMA, São Luís, MA, Brasil.

Ana Paula dos Santos

Faculdade Pitágoras, São Luís, MA, Brasil.

Leandro Silva Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

RESUMO: A dengue é uma doença de infecção viral que pode levar a serias complicações ao

paciente que é picado pelo mosquito, onde trás sinais e sintomas como: febre, dores pelo corpo ou em casos mais grave, hemorragias. É uma doença de grande calamidade pública no Brasil. O presente trabalho tem por objetivo de conhecer as intervenções do enfermeiro a pacientes com dengue clássica e hemorrágica. Por isso, como metodologia, buscou-se na literatura autores que contribuíssem para o melhor entendimento para a revisão bibliográfica. Foi utilizado como base de dados o Scielo e Google Acadêmico, com publicações no período de 2009 a 2019. É fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento suficiente da doença para assim ter um bom diagnostico e por fim uma boa intervenção. Por tanto, espera que o estudo contribua para a produção de conhecimento e práticas capazes de subsidiar uma assistência de qualidade aos pacientes acometidos pelo vírus da dengue.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue; Febre Hemorrágica; Sinais e Sintomas; Fisiopatologia; Intervenções de Enfermagem.

ABSTRACT: Dengue is a disease of viral infection that can lead to serious complications to the patient who is bitten by the mosquito, where it brings signs and symptoms such as

fever, body aches or in more severe cases, bleeding. It is a disease of great public calamity in Brazil. This study aims to know the interventions of nurses to patients with classical and hemorrhagic dengue. Therefore, as a methodology, authors were searched in the literature to contribute to a better understanding of the literature review. It was used as database the Scielo and Google Scholar, with publications from 2009 to 2019. It is essential that the nurse has sufficient knowledge of the disease to have a good diagnosis and finally a good intervention. Therefore, it hopes that the study will contribute to the production of knowledge and practices capable of subsidizing quality care for patients with dengue virus.

KEYWORDS: Dengue; Haemorrhagic fever; Signals and symptoms; Pathophysiology; Nursing Interventions.

1 | INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença de infecção viral que pode levar a sérias complicações para a pessoa que é picada pelo mosquito que se reproduz e depositam seus ovos em água limpa e parada, trazendo como sinais e sintomas febre, dores pelo corpo e em casos mais graves hemorragias. Sendo assim, ela é uma doença de grande preocupação para sociedade, onde o principal meio de prevenção é conscientizar a população não deixar água parada em recipientes sem tampa como caixa d'água, garrafas dentre outros em período de chuva e assim evitando a propagação das larvas do mosquito. É uma doença de calamidade pública no Brasil.

Portanto, analisamos a seguinte problemática: quais principais intervenções do enfermeiro diante de pacientes com sinais e sintomas da Dengue Clássica e Dengue Hemorrágica? Dentro da área da saúde, o enfermeiro intervém nos cuidados a pacientes diagnosticados com dengue clássica e dengue hemorrágica, atentando-se para os sinais e sintomas das doenças, sendo, portanto, o profissional com uma grande importância para o manejo dos portadores destas patologias. Portanto, esta pesquisa se torna relevante para tratar das principais intervenções que o profissional tem com os pacientes diagnosticados, cabendo ao enfermeiro orientar, realizar, coletar e registrar dados nos prontuários dos pacientes para o planejamento e execução dos serviços de assistência de enfermagem.

Diante do exposto, a pesquisa torna-se importante para a comunidade e sociedade acadêmica com o objetivo de mostrar o quanto o enfermeiro é importante no cuidado dos portadores para garantir bons resultados no processo de recuperação da saúde do paciente.

Consequentemente buscou na literatura autores que possam contribuir para melhor entendimento da enfermagem à pacientes portadores desta patologia. Por isso, o presente estudo tem como objetivo geral estudar as intervenções do

enfermeiro à pacientes com dengue clássica e dengue hemorrágica através de uma revisão bibliográfica, e tendo como objetivos específicos descrever a fisiopatologia da dengue, citar sinais e sintomas e apontar intervenções do enfermeiro à pacientes diagnosticados com dengue clássica e dengue hemorrágica.

Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem quantitativa para estudar as intervenções do enfermeiro à paciente com dengue clássica e hemorrágica. Realizou-se uma busca na base de dados eletrônicos SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e Google Acadêmico, foram utilizadas palavras chave: dengue, febre hemorrágica, sinais e sintomas, fisiopatologia e intervenções de enfermagem.

2 | DENGUE E SUA FISIOPATOLOGIA

Conhecida no Brasil desde o tempo da colônia, a dengue chegou ao país junto aos navios negreiros, onde os ovos dos mosquitos depois de longas viagens se proliferaram dentro dos depósitos de água dos porões. É viral e a transmissão ocorre pelo vetor que vive em áreas tropicais e subtropicais, esse transmissor precisa de água parada em reservatórios sem tampa.

A dengue é uma doença transmitida por um arbovirus pertencente à família *Flaviviridae* do gênero *Flavivirus*, podendo se manifestar de forma branda ou grave, conhecida respectivamente como dengue clássica e dengue hemorrágica. É transmitida pela fêmea do mosquito *Aedes Aegypti* infectado quando se alimenta do sangue de pessoas contaminadas (MASERA et al, 2011).

É a doença infecciosa mais frequente no Brasil e considerada um dos principais problemas e saúde pública no mundo nas regiões tropicais e subtropicais. É uma arbovirose que atinge toda a população dos estados brasileiros, independentemente de classe social (COSTA et al, 2011).

A expansão da dengue remonta desde os séculos XVIII e XIX através do crescimento das indústrias navais e das cidades portuárias. Em meados do século XX são destacados aspectos relacionados à urbanização precária, a contribuição, distribuição e aumento do *Aedes Aegypti* que levaram a circulação do vírus da dengue. Aspectos geográficos, como por exemplo, aumento de fluxo de pessoas e mercadorias, movimentos migratórios e as pessoas que se deslocam para um município para trabalhar e dormem em outro, deslocamento constante de viajantes que se expõem em locais de alta incidência do vírus, aceleram e ampliam a transmissão do vírus da dengue (PASTORIZA, 2014).

Os primeiros casos registrados de uma doença que se assemelha com a dengue em relação a sintomas se apresentam nas enciclopédias da China. Esta doença se caracteriza por doença da “água envenenada” e associada a insetos voadores, onde as incidências ocorriam em locais onde se encontrava águas paradas (PACHECO,

2015).

O primeiro caso de dengue foi descrito por Benjamin Rush em 1793, na Filadélfia, que foi conceituada por ele de “febre quebra-ossos” pelo fato de ser caracterizada por dores pelo corpo. Em meados de 1950 e 1953, registrou-se em Manila, Filipinas, a primeira epidemia da dengue hemorrágica, por conta da circulação concomitante dos sorotipos do DENV. Durante os anos seguintes, tornou-se a maior causa de hospitalização e óbitos em crianças (LOURENÇO, 2013).

O primeiro registro de uma epidemia no Brasil foi entre os anos de 1981 e 1982 no estado de Roraima, causada pelo DEN1 e DEN2 e desde então, a doença ocorre continuamente. A dengue representa um problema de saúde pública mundial e sua infecção resulta em apresentações clínicas que variam de forma branda e vai até em quadros graves. E a alteração da fisiopatologia primária na dengue hemorrágica, é o aumento agudo da permeabilidade vascular, fazendo com que o plasma se extravase para o espaço extracelular. Mesmo o extravasamento de o plasma ser a causa principal de mortalidade em paciente com dengue hemorrágica, não existe uma avaliação detalhada desse processo (FIGUEIREDO, 2012).

A fisiopatologia começa logo após a picada do mosquito infectado, onde o vírus entra em contato com a pele nas células dendríticas, inicialmente células de Langherans, são as primeiras a serem infectadas. Elas amadurecem e do local da infecção, migram para os nódulos linfócitos para apresentarem antígenos aos linfócitos T, começando a partir daí a resposta imune (FERREIRA, 2014).

Os vírus que penetram na derme são também reconhecidos pelos monócitos e endotélios. Os primeiros linfócitos a serem ativados são os CD4 e em seguida os CD8 que liberam as citocinas. As citocinas são proteínas onde compartilham grandes números de propriedades no decorrer de desenvolvimento da imunidade natural e específica intervindo e ajustando as respostas imunológicas e inflamatórias por diversos tipos de células (ESASHIKA, 2012).

Apesar de infectar a pele, o vírus também pode afetar tecidos de outros órgãos, como: fígado, onde as células de Kupffer, que são as células do parênquima hepático, são as mais afetadas; os macrófagos e as células linfóides do baço apresentam o antígeno viral; células endoteliais e macrófagos, que no pulmão, são as mais infectadas; nos rins, os túbulos renais também podem ser afetados pelo vírus. Nas amostras de sangue, a presença dos antígenos virais foi verificada em células mononucleares fagocitárias. Sob outra perspectiva, outros tecidos como tireoide, pâncreas, coração, as glândulas adrenais, dos músculos esqueléticos e tecidos do cérebro, não são afetados pelo vírus (LOURENÇO, 2013).

Quando uma pessoa que já foi infectada por um sorotipo e depois é infectada por outra, temos a chamada infecção secundária. O vírus é reconhecido pelo organismo por anticorpos não neutralizantes, mas a replicação não é inibida. O corpo

então forma um complexo antígeno-anticorpo, onde é reconhecido por receptores macrófagos, e então neutralizado. Quando ocorre este processo, o vírus fica livre para sua replicação, criando assim, uma replicação imunológica. Esse quadro gira um aumento de viremia e assim estimula a produção de mais citocinas, ocorrendo então, o chamado mecanismo de retroalimentação positiva, pois o interferon liberado age em macrófago infectado. Ocorre também o aumento da permeabilidade vascular e extravasamento do plasma através das paredes dos vasos sanguíneos. Associando-se aí a hipovolemia. A dengue hemorrágica nada mais é que uma resposta imunológica do hospedeiro. Pode evoluir para cura ou caracteriza-se pela produção excessiva de citocinas, o que causa aumento da permeabilidade vascular resultando então no extravasamento do plasma. Com esse extravasamento, pode ocorrer a hemoconcentração e choque (DALBEM, 2014).

Ainda não é esclarecido os mecanismos pelos quais o vírus causa a forma grave da doença, mesmo com avanços tecnológicos.

3 I SINAIS E SINTOMAS DA DENGUE CLÁSSICA E HEMORRÁGICA

A infecção pelo vírus da dengue pode levar a um amplo campo de manifestações clínicas. Mas conhecendo sua etiologia e reconhecimento precoce é importante para que se possa detectar e tomar medidas de maneira oportuna, evitando principalmente óbitos.

O vírus pode ser transmitido de pessoa a pessoa pelo mosquito da família *Aedes*, que são os vetores mais eficazes e competentes, por serem espécies que habitam próximos ao homem e se adaptam ao meio doméstico. Os artrópodes têm ciclo flexível, pois se alimentam em ambientes ao ar livre, como também dentro de residências, a qualquer hora e principalmente nos horários de dia (LOURENÇO, 2013).

O período de incubação varia de 3 a 15 dias, tendo em média cinco a seis dias. Sua transmissibilidade pode ocorrer em dois ciclos distintos: um intrínseco e outro extrínseco, que ocorrem no ser humano e vetor respectivamente. A transmissão do ser humano para o mosquito ocorre quando houver presença de vírus no sangue do homem, conhecido também como período de viremia, esse período começando um dia antes do aparecimento da febre e vai até o sexto dia da doença (FEITOSA, 2012).

A dengue é uma patologia de etiologia viral, transmitida ao homem pela fêmea do mosquito e é classificada por isso como uma arbovirose. O vírus é pertencente ao gênero *Flavivirus* e da família *Flaviviridae*. O vírus tem quatro sorotipos: DEN1, DEN2, DEN3 e DEN4, todos eles causam tanto a dengue clássica quanto dengue hemorrágica. Cada infecção por qualquer um desses sorotipos tem imunidade

permanente e também transitória para outros (CATÃO, 2012).

A distribuição dos sorotipos no Brasil é variada e atualmente são conhecidos quatro: DENV1, DENV2, DENV3 E DENV4, sendo que este último não foi introduzido no país, apenas relatados alguns casos em pessoas sem ter realizado viagem para fora de sua nacionalidade, mas isso não significa que não possa ocorrer a introdução deste sorotipo com futuras epidemias. A ocorrência das formas hemorrágicas é explicada pela presença de anticorpos em decorrência das infecções sequenciais dos diferentes sorotipos (MASERA, 2011).

A doença tem forma clínica variável e estar alerta para eles, torna o diagnóstico precoce para prevenir formas graves e óbitos. A apresentação da dengue clássica constitui a forma mais comum, com início de forma súbita de febre alta. Os sintomas têm duração de até uma semana, seguindo com a cessação da febre, onde nesse período, pode ser acompanhado o ardor e descamação palmoplantar (NUNES, 2011).

Manifestações hemorrágicas não são exclusivas da dengue hemorrágica e podem ser observadas também na dengue clássica, ocorrendo a cefaléia na região frontal, podendo ser a queixa principal devido a intensidade. Na medida em que o período final do estado febril vai se aproximando é possível o aparecimento de petéquias, podendo ser também logo após o desaparecimento da febre. Pacientes podem baixar contagem de plaquetas e a pele pode ter aparecimento de pigmentos castanhos e, geralmente, sobre a pele, a erupção começa no tronco, depois membros e em geral face e cabeça. Pode causar também descamação e prurido na fase aguda. A dengue hemorrágica caracteriza-se por febre alta, falência circulatória e hemorragias, podendo vir acompanhado de hepatomegalia. As características fisiopatológicas principais que define a gravidade da dengue hemorrágica da clássica são: extravasamento do plasma e hemostasia. Tanto na dengue clássica quanto na dengue hemorrágica, há febre, porém, entre o terceiro e oitavo dia, surgem sinais e sintomas característicos, como hemorragia em órgãos variados (DALBEM, 2014).

A trombocitopenia, esta associada às manifestações hemorrágicas, concomitante com hemoconcentração e presença de dados característicos do extravasamento do conteúdo plasmático como: derrame pleural, ascite e hematócrito elevado acima dos valores basais. Essa perda de volume plasmático para cavidade peritoneal e pleural pode causar choque hipovolêmico. As características dos casos típicos da dengue hemorrágica são: febre acima de 40°C, hepatomegalia, dores abdominais intensas e continua, vômito, palidez e extremidades do corpo frias, insuficiência circulatória, sono, taquicardia, dispnéia, perda da consciência, agitação e confusão mental, equimose e petéquias (MASERA, 2011).

A infecção pelo vírus pode ser assintomática ou sintomática, neste segundo caso, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico podendo

causar até formas mais graves. Podem ocorrer três fases clínicas: a fase febril, onde tem duração de dois a sete dias com início abrupto, associada à cefaléia, mialgia, artralgia e dor retro orbital, anorexia associada à náuseas e vômitos podem ser presentes. Em um percentual significativo pode estar presente a diarreia com fezes pastosas de três a quatro vezes ao dia; a segunda fase é a crítica que pacientes podem evoluir para formas graves e as medidas diferenciadas de manejo devem ser adotadas; e a última fase é a de recuperação, em que nos pacientes já passaram pela fase crítica terá reabsorção gradual do plasma extravasado com melhora clínica. O débito urinário nesta fase ou ficara normal ou aumentado, podendo levar a bradicardia e alteração no eletrocardiograma (BRASIL, 2016).

Todos os sinais e sintomas devem ser valorizados, a primeira manifestação é a febre, de início abrupto, interligada a cefaléia, adinamia, mialgia, artralgia, dor retro orbitária, com presença ou não de prurido para dengue clássica. Para as manifestações hemorrágicas podem ser observadas a epistaxe, petéquias, gengivorragia, hematêmese, melena e hematúria (ESASHIKA, 2012).

Com a infecção assintomática é de suma importância de focar nos exames laboratoriais específicos para um diagnóstico precoce. Estar alerta nas queixas e nos sintomas clássicos da doença pode ser uma excelente intervenção mais na frente.

4 | INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

A dengue possui uma ampla variação de sintomas e manifestações levando a cada indivíduo a manifestar febre moderada e até podendo evoluir para casos graves ou até mesmo à morte. Para um bom atendimento à pacientes suspeitos de estarem contaminados com o vírus da dengue, além de estar atento aos sinais e sintomas, é necessário também um bom diagnóstico, tanto clínico quanto laboratorial.

Para um diagnóstico correto é necessária uma boa anamnese e a confirmação laboratorial, sendo eles os específicos: virológicos onde tem objetivo de identificar o patógeno e monitorar o sorotipo viral; os sorológicos, que são utilizados para detecção de anticorpos; temos também os inespecíficos com hemograma completo para todos os pacientes suspeitos de dengue, especialmente em crianças menores de dois anos, adultos maiores que 65 anos ou com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares e gestantes. A prova do laço é outro tipo de diagnóstico que deverá ser realizado em todos os casos suspeitos, obrigatoriamente, durante o exame físico. Este procedimento ajuda no diagnóstico precoce e o profissional, tem que ter conhecimento amplo para atentar aos sinais e sintomas a fim de realizar monitoramento conclusivo (MARTINS, 2011). No quadro abaixo (Quadro 1) será detalhado como realizar a prova do laço.

Realização da prova do Laço	<p>Passo a passo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmhg, então $100 + 60 = 160$, $160/2 = 80$; então, a medida de pressão arterial é de 80 mmhg. • Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças. • Desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de petéquias. Contar o número de petéquias no quadrado; <p>A prova do laço será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças. Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos.</p> <p>Se a prova do laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida.</p>
-----------------------------	---

Quadro 1: Procedimento para a Prova do Laço

FONTE: BRASIL (2013, P. 16)

O tratamento consiste no suporte e atuação sintomática. Em pacientes que não apresentarem sintomas de choque, inicia-se assim que possível a hidratação oral com reposição de fluido. Estes pacientes devem se hidratar em casa e sempre que houver alguma alteração como hemorragia ou comprometimento vascular, este recorre aos serviços de saúde. Em casos de hospitalização nos pacientes graves, evitar procedimentos invasivos sempre que possível para que não aumente risco de hemorragias. Quando apresentam hemorragias, são hipóteses a considerar: a transfusão de sangue, hemodiálise e terapia a base de vasopressores. Evitar uso de paracetamol, antiinflamatórios para efeitos no extravasamento do plasma e contribuir para hemorragias. Como não existe tratamento medicamentoso com eficácia comprovada no vírus, pesquisadores vêm realizando estudos para desenvolvimento de novas terapias (LOURENÇO, 2013).

A enfermagem é atuante na prevenção primária, secundária e terciária. As orientações aos pacientes, independentemente da idade são feitas pelos enfermeiros. As condutas do profissional ao paciente com suspeita ou confirmação da infecção do vírus devem ser: acolhimento com avaliação e classificação de risco, iniciar orientação via oral, preencher cartão do usuário da dengue mais o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN); orientação quanto ao retorno para realização do primeiro dia sem febre ou retornar imediatamente quando aparecimentos de outros sintomas e orientação para medicamentos que não devem ser usados sem prescrição médica e também aos familiares para medidas de eliminação dos criadores de vetor.

Alem de toda essa conduta, cabe também ao profissional de enfermagem, coletar e registrar os dados mais detalhados possível nos prontuários, dados estes que são necessários para planejamento e execução dos serviços da assistência de enfermagem, verificando sempre a pressão arterial, pulso e batimentos cardíacos. Práticas educativas voltadas para comunidade da área de abordagem da atuação do enfermeiro através da estratégia da saúde da família (ESF) que tem como finalidade ir às casas das pessoas, conhecendo de perto a realidade de cada família (MARTINS, 2011).

A equipe de enfermagem tem um papel fundamental para detectar e acompanhar casos suspeitos e no diagnostico, buscando sinais de agravamento e agir de acordo com protocolo evitando assim óbitos. Na assistência de enfermagem, a entrevista e exame físico são etapas essenciais, sendo executado por enfermeiro (COREN-GO, 2015). Na entrevista deve investigar e registrar:

- Data do início e cronologia dos sintomas:** caracterizar a febre (duração e intensidade), avaliar a ocorrência de cefaléia, dor retro-orbitária, exantema, prostração, mialgia e artralgia (verificar definição de caso suspeito contido no fluxograma de classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue).

- Histórico epidemiológico:** pesquisar e registrar sobre presença de casos semelhantes na família, vizinhança e local de trabalho; história de deslocamento nos últimos 15 dias – viagens. Ficar atento ao diagnóstico diferencial e levantar informações de histórico vacinal;

- Avaliar o estado hemodinâmico:** nível de consciência, enchimento capilar, avaliação de extremidades, volume de pulso, ritmo cardíaco, pressão arterial e frequência respiratória;

- Sinais de choque e sinais de alarme;**

- Verificar pressão arterial;**

- Verificar temperatura corporal e peso;**

- Realizar prova do laço:** na ausência de sinais de choque, de sinais de alarme e de sangramentos espontâneos;

- Investigar situações que aumentam o risco de evolução desfavorável:** condições clínicas especiais, comorbidades e/ou risco social;

- Solicitar hemograma completo de acordo com o estadiamento clínico;**

- Hidratação/reposição volêmica:**

- registrar:** no prontuário e/ou ficha de atendimento as condutas prestadas de enfermagem

Durante o exame físico no paciente suspeito, deve investigar:

- sistema nervoso** estado de consciência (irritabilidade, sonolência,

inquietação, torpor etc.), cefaléia, sinais de irritação meníngea, sensibilidade, força muscular e reflexos osteotendíneos, bem como o exame da fontanela anterior em lactentes;

-segmento da pele: coloração de pele e mucosas e manifestações hemorrágicas pesquisar palidez, cianose, temperatura, enchimento capilar, sinais de desidratação e sudorese de extremidades;

-sistema cardiopulmonar: pesquisar sinais clínicos de desconforto respiratório: taquipnéia, dispnéia, tiragens subcostais, intercostais, supra claviculares, de fúrcula esternal, batimentos de asa de nariz, gemidos, estridor e sibilos; avaliação da simetria torácica e presença de enfisema subcutâneo;

-sinais de ICC: taquicardia, dispnéia, turgência jugular, estertoração e hepatomegalia. Derrame pericárdico: sinais de tamponamento cardíaco (abafamento de bulhas, turgência jugular e síndrome de baixo débito cardíaco);

-segmento abdominal pesquisar presença de dor abdominal, hepatomegalia dolorosa e ascite, timpanismo, macicez e outros.

-sistema musculoesquelético: pesquisar mialgia, artralguas e outros

-sistema genito-urinário e gastrointestinal: metrorragia, hematêmese, melena e hematúria.

A orientação do profissional identifica precocemente uma assistência adequada ao paciente com dengue. A atividade essencial para a prevenção da dengue é a diminuição da ocorrência deste agravo, a conduta esta diretamente ligada no controle do *Aedes Aegypti*. Eliminando os focos do mosquito é a parte principal para não se proliferar. Em determinadas regiões do país, a doença tem caráter sazonal, intensificando na estação de maior risco que é o verão. Por isso, durante todo o ano, as medidas de controle são aplicadas. As ações de educação em saúde também podem estimular a população a efetivar esse controle da dengue (SANTOS et al, 2016).

A notificação oportuna dos casos é a medida inicial para que seja capaz do acompanhamento dessa transmissão. Uma coleta rápida de informações fomenta a oportunidade de ações preventivas e recuperação do paciente.

O desenvolvimento das ações de promoções é papel da atenção básica, portanto, a educação em saúde, a observação dos domicílios e os espaços comunitários orientando a comunidade para a identificação, remoção, destruição ou vedação de possíveis criadouros é função de toda equipe de saúde. Esse trabalho deve estimular o morador ao autocuidado, ao cuidado do ambiente de sua residência e de sua comunidade, no sentido de desenvolver o compromisso e o papel de “protagonista” da realidade em que vive (BRASIL, 2013).

Uma boa intervenção do enfermeiro, com uma abordagem qualificada, pode

levar a uma boa conduta terapêutica e assim uma recuperação do paciente com dengue. Educação em saúde é primordial para a população, enfatizando o controle dos focos do vetor.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dengue, como mencionado neste trabalho, é uma doença que remonta desde a antiguidade, relacionada à urbanização precária, com a contribuição do *Aedes Aegypti*.

No decorrer deste estudo permitiu entender como o vírus se instala e afeta as células de defesa do nosso corpo. Infectando, além da pele, órgãos vitais para a vida. Observou-se que uma vez infectado por um sorotipo, a pessoa se torna imune para o mesmo.

É fundamental que o enfermeiro tenha o conhecimento suficiente da doença para que assim, tenha um diagnóstico precoce e ter uma assistência qualificada. Cabe ao profissional de enfermagem acolher e orientar o paciente para um bom tratamento.

Portanto, espera-se que este estudo contribua para uma produção de conhecimento e práticas capazes de subsidiar a uma assistência ampla e de qualidade aos pacientes acometidos pelo vírus.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dengue: manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde**. 2ª. ed. 64f. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 5ª. ed. 58 p – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CATÃO, Rafael de Castro. **Dengue no Brasil: Abordagem Geográfica na Escala Nacional**. 2011. 185 f. 2011. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIAS - COREN-GO. **Protocolo de Enfermagem na atenção primária à saúde do estado de Goiás**/ Organizadores Classi Fátima Weirich Rosso et al. Goiania: 366p. 2014.

COSTA, Nilson Monteiro de Andrade. **Avaliação das ações de combate ao vetor, previstas no plano nacional de controle a dengue, no município de Caruaru, período de 2008 a 2009**. 2011. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Sistemas e Serviços de Saúde). Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

DALBEM, Alexandre Garcia et al. Dengue clássica e febre hemorrágica da dengue: etiologia, fisiologia, epidemiologia e fatores de risco. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v.

ESASHIKA, Suely Nilsa Guedes de Sousa. **Qualidade da assistência prestada ao paciente com Dengue em São Luís Maranhão, 2011**. 2012. 158 f. Dissertação (Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

FEITOSA, Juliana Aparecida Correa Nunes. **Reflexão sobre a participação da comunidade no combate a dengue**. 2012. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso- especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade federal de minas gerais. Governador Valadares. 2016.

FERREIRA, Ana Cláudia Vieira. **Vírus emergentes: a infecção pelo vírus do dengue**. Relatório de estágio no laboratório de análises clínicas Nova Era-Luz. 2014. 60f. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa. 2014.

FIGUEIREDO, Natália Albuquerque Lucena de. **Fisiopatologia da Febre Hemorrágica da Dengue: uma reavaliação dos critérios para diagnosticar extravasamento de plasma**. 2012. 21f. Trabalho de conclusão de curso. Universidade federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

LOURENÇO, Joana Isabel Martins. **Infecção humana por vírus do dengue no século XXI: causas e consequências**. 2013. 100f. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado integrado em ciências farmacêuticas), Instituto Superior Egas Moniz (IUEM), Portugal, 2013.

MARTINS, Renata Fernandes. **Dengue: a importância da atuação do profissional de enfermagem**. 2011. 40f. Monografia apresentada ao curso de enfermagem. Faculdade de educação e meio ambiente- FAEMA. Ariquemes, RO. 2011.

MASERA, Denise Cristina et al. Febre hemorrágica da dengue: aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais de uma arbovirose. **Revista Conhecimento Online**, v. 2, p. 60-81, 2011.

NUNES, Juliana da Silva. **Dengue: Etiologia, patogênese e suas implicações a nível global**. 2011. 59f. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Universidade da Beira Interior, Portugal, 2011.

PACHECO, Teresa. **Dengue: fatores endêmicos e sociais**. 2015. 82f. Tese de Doutorado. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global, Rio de Janeiro. 2015.

PASTORIZA, Taís Buch.SILVA, Edelci Nunes da. **“O Ensino Interdisciplinar do Tema Dengue: uma proposta para a geografia.”** Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde 10.18 (2014): 71.

SANTOS, Gabriel Augusto Cordeiro dos. ROSA, Jacqueline da Silva. MATOS Eliseth Costa Oliveira de. SANTANA. Mary Elizabeth de. Dengue: prevenção, controle e cuidados de enfermagem-revisão integrativa da literatura **Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2008-2013**. v. 20.n.1 p.71-78. 2016.

HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Data de aceite: 20/05/2020

Maria Salomé Martins

Faculdade Master de Parauapebas – FAMAP
Parauapebas, Pará

Hariane Freitas Rocha Almeida

Universidade Ceuma – UniCEUMA
São Luís, Maranhão

Aline Sharlon Maciel Batista Ramos

Universidade Ceuma – UniCEUMA
São Luís, Maranhão

Said Antonio Trabulsi Sobrinho

Universidade Ceuma – UniCEUMA
São Luís, Maranhão

Bárbara Emanuelle Nunes Dutra

Faculdade Gianna Beretta – FGB
São Luís, Maranhão

Maria Elza Rodrigues Câmara

Faculdade Gianna Beretta – FGB
São Luís, Maranhão

Messias Lemos

Universidade Federal do Pará – UFPA
Belém, Pará

RESUMO: A assistência humanizada ao parto é muito discutida pelos enfermeiros obstetras, pois há a preocupação em instituir tecnologias que auxiliem na fisiologia do parto e preservem a integridade corporal, evitando intervenções

desnecessárias. Nesse sentido, o estudo objetivou identificar o papel do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto. Tratou-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa, realizada através das bases de dados: BDENF, LILACS e SCIELO, incluindo artigos científicos disponíveis na íntegra e de forma gratuita, redigidos no idioma português, publicados no recorte temporal de 2014 a 2019 e que respondessem ao questionamento norteador da pesquisa. A amostra final desta revisão foi constituída por 07 publicações. Os resultados ressaltaram que a presença contínua da enfermeira obstetra permite focar aspectos fisiológicos e emocionais da parturição, favorecendo o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto, componente fundamental na assistência humanizada. A enfermeira obstétrica atua de forma menos intervencionista e suas ações favorecem a proteção da integridade da mulher, por meio de processos de dignificação e autonomia, além de possuírem boa aceitação para a maioria das parturientes, indicando o alívio da dor como meta primordial. Conclui-se que a enfermagem tem um papel essencial na mudança das práticas de atenção ao parto e

que a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres são premissas básicas quando se busca a assistência humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica. Parto Humanizado. Saúde da Mulher.

HUMANIZATION OF CHILDBIRTH AND THE ROLE OF THE OBSTETRIC NURSE

ABSTRACT: Humanized childbirth care is widely discussed by obstetric nurses, as there is a concern to institute technologies that assist in the physiology of childbirth and preserve body integrity, avoiding unnecessary interventions. In this sense, the study aimed to identify the role of the obstetric nurse in the humanization process of childbirth. This was an integrative review bibliographic study, carried out through the databases: BDENF, LILACS and SCIELO, including scientific articles available in full and free of charge, written in Portuguese, published in the period from 2014 to 2019 and that answered the guiding question of the research. The final sample of this review consisted of 07 publications. The results emphasized that the continuous presence of the obstetrical nurse allows to focus on physiological and emotional aspects of parturition, favoring the balance between the necessary interventions and the physiological process of childbirth, a fundamental component in humanized care. The obstetric nurse acts in a less interventionist way and her actions favor the protection of the woman's integrity, through processes of dignification and autonomy, in addition to having good acceptance for most parturients, indicating pain relief as a primary goal. It is concluded that nursing has an essential role in changing childbirth care practices and that the individuality and autonomy of choice of women are basic premises when seeking humanized care.

KEYWORDS: Obstetric Nursing. Humanizing Delivery. Women's Health.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que, no Brasil, a assistência obstétrica seguiu um caminho tecnocrático, sem base em evidências científicas, e consolidou-se de forma hegemônica dentro desse modelo. Considera-se que, devido à medicalização progressiva e cada vez mais invasiva, o exercício de poder do médico sobre o corpo da mulher afastou-a do seu papel de protagonista durante o parto, tendo como exemplo marcante a alteração do local do nascer e o declínio da autonomia da mulher durante todo o processo de trabalho de parto (RIEGERT et al., 2018).

Ao resgatar a história do processo de parto, identifica-se em outrora a figura da parteira rural e urbana como responsável empiricamente pelo trabalho de parto e, conhecendo seus saberes, mas associando-os às práticas baseadas em evidências (PBE's), têm-se os enfermeiros obstetras como profissionais capacitados

para atuarem nos partos naturais, em qualquer cenário, desde que a gestação seja classificada como de baixo risco, conforme especifica o Caderno de Atenção Básica – 32 do Ministério da Saúde (MS) (MOURA et al., 2019).

Para atuação do enfermeiro obstetra no modelo humanizado de parto, foi criada a Resolução COFEN nº 524 de 24 de junho de 2016, que normatiza a atuação do enfermeiro obstetra. Assim, quando estes profissionais são inseridos na assistência, supostamente, ocorre à melhora no auxílio ao parto humanizado (COFEN, 2016).

A gestação e o parto são momentos que desencadeiam profundas mudanças na vida da mulher, do casal e da família, por isso merecem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde. Nesse momento, há necessidade da implementação de uma assistência humanizada, que envolva o acolhimento e garanta um diálogo franco, livre de julgamentos e preconceitos (ROMÃO et al., 2018).

Nesse contexto, a formação do enfermeiro obstetra é voltada para a assistência humanizada e prevenção da violência obstétrica, exigindo envolvimento, empenho e a colaboração nos serviços de saúde, para uma assistência de holística e de qualidade. O saber-fazer do profissional deve ser capaz de conhecer e intervir sobre as diversas situações que permeiam a saúde da mulher, bem como ao neonato e sua família, com ética, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, de modo culturalmente sensível às diferenças existentes na população assistida (MENEZES et al., 2020).

Tendo em vista que as ações humanizadas durante a assistência ao parto influenciam significativamente na qualidade da evolução do parto e na saúde do binômio mãe-bebê, com consequente redução e otimização dos custos, bem como redução nas taxas de morbi-mortalidade, o objetivo do presente estudo é identificar o papel do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

O movimento pela “humanização” do parto e do nascimento surgiu no Brasil entre as décadas de 1980 e 1990, a partir de uma crítica iniciada dentro do próprio campo da obstetrícia, ao modelo hegemônico de assistência ao parto, considerado excessivamente medicalizado e tecnocrático. Com iniciativas esparsas e, em geral, restritas ao setor privado, a proposta de oferecer um atendimento “mais respeitoso” à mulher e ao bebê ganhou a adesão de um pequeno segmento de mulheres de camadas médias, ainda que o nome “humanização” não fosse utilizado (HIRSCH, 2015).

Em 1984, sob influência do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), municipalização e regionalização do sistema de saúde, principalmente, pelo

Programa de Saúde da Família, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004).

O programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher na clínica ginecológica, no pré-natal, no parto e no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas infecções sexualmente transmissíveis, no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, contribuindo posteriormente para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (FABRIZZIO et al., 2019).

Nessa conjuntura, em 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) visando à adoção de medidas que assegurassem melhorias no acompanhamento pré-natal e uma assistência ao parto, puerpério e neonatal de qualidade (BRASIL, 2000).

O PHPN estabeleceu o direito ao atendimento digno e humanizado à mulher, seus familiares e ao recém-nascido, e teve por base, o guia prático de atenção ao parto normal, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1996. Esse guia, baseado em evidências científicas, estimulava as equipes de saúde a realizarem procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando as intervenções desnecessárias (ROMÃO et al., 2018).

As diretrizes citadas introduziram valores e atributos da organização de uma rede temática de atenção à gestação, parto e nascimento, e à criança até os 24 meses e retomam pressupostos do processo de trabalho como força motriz para a mudança do modelo obstétrico. Para as gestações e partos de risco habitual, foram reforçadas as tecnologias leves e leve-duras (conhecimento técnico científico) como ancoragem para o cuidado ao parto e nascimento. Dessa forma, buscou-se o fortalecimento da rede e a construção de estratégias inovadoras para a superação de conflitos criados pelas relações de poder que envolvem as ações profissionais e institucionais do cotidiano dos trabalhadores de saúde no ambiente hospitalar (CARVALHO et al., 2019).

3 | METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa, método considerado um dos pilares da prática baseada em evidências (PBE), cuja finalidade é sintetizar resultados advindos de pesquisas que abordem determinado tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Além disso, é chamada de integrativa porque fornece informações mais abrangentes acerca de um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO;

ALCOFORADO, 2014).

Para isso, foram utilizadas as seguintes etapas: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados; e (7) redação e discussão dos resultados.

A fim de orientar os passos da investigação, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual o papel do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto?

Posteriormente, no mês de junho de 2019, realizou-se a busca e seleção das publicações, utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além do acervo da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando a combinação dos seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): enfermagem obstétrica, parto humanizado, saúde da mulher, e o operador booleano “AND”.

Adotou-se como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra e de forma gratuita, redigidos no idioma português (Brasil), publicados no recorte temporal de 2014 a 2019 e que respondessem ao questionamento norteador da pesquisa. Foram excluídos os artigos duplicados entre as bases de dados, que não atenderam aos critérios de elegibilidade supracitados e que não responderam a questão de pesquisa.

Inicialmente, no acervo da BVS (LILACS e BDENF) utilizando-se os filtros: texto completo, idioma português e ano de publicação de 2014 a 2019, tipo de documento – artigo, obteve-se 44 (quarenta e quatro) publicações que após leitura e comparação com a pergunta norteadora foram excluídos 38 (trinta e oito) por não se relacionarem ao tema ou estarem no idioma inglês, restando 06 (seis) publicações.

Na base de dados Scielo obteve-se 13 publicações, sendo 12 (doze) excluídas e 01(uma) selecionada. Dessa forma, a amostra final desta revisão foi constituída por 07 (sete) publicações, conforme apresentado na Figura 1.

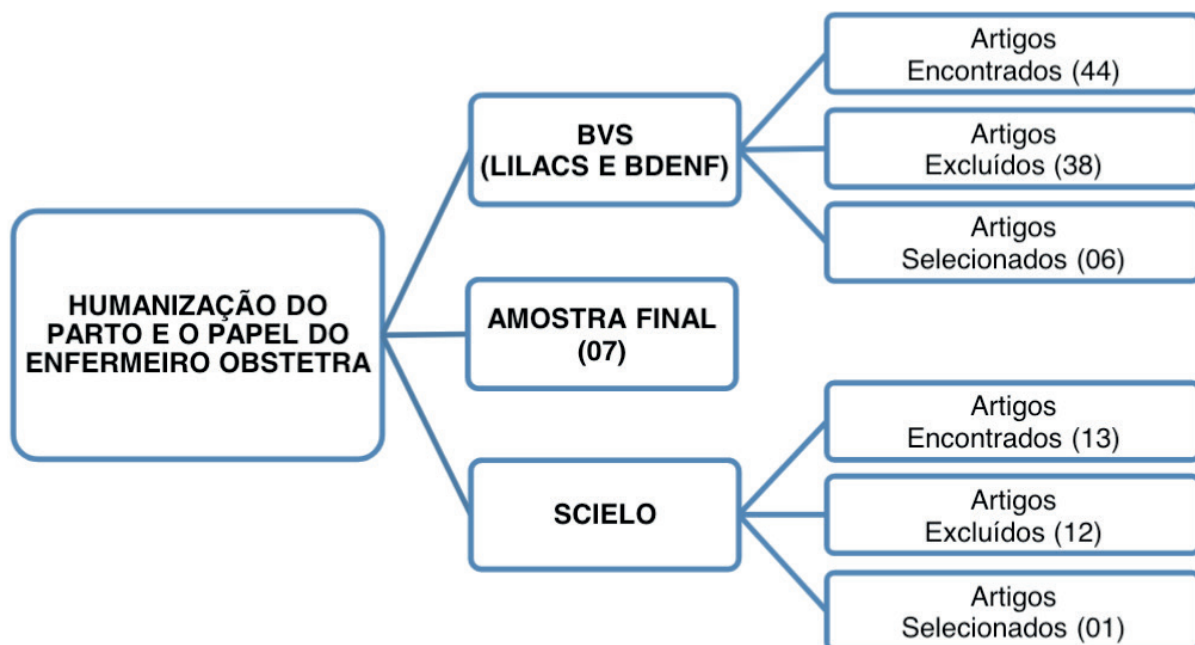


Figura 1 - Fluxograma da estratégia de busca e seleção dos artigos.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Após a seleção dos estudos, realizou-se a leitura pormenorizada e os dados extraídos foram categorizados em um quadro. Em seguida, compararam-se os resultados, com destaque às congruências e as divergências observadas e estes foram discutidos em uma categoria analítica.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados foram distribuídos em ordem numérica (1 a 7) e cronológica (de 2015 a 2018), de acordo com o título, autores, ano de publicação, periódico e método, conforme mostra o Quadro 1.

Nº	Título	Autores/ Ano	Periódico	Método
1	Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.	SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015.	Esc. Anna Nery.	Estudo qualitativo.
2	Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.	SOUSA et al., 2016.	Esc. Anna Nery.	Estudo transversal.
3	Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.	MEDEIROS et al., 2016.	Rev. bras. Enferm.	Estudo transversal.

4	Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.	VARGENS; SILVA; PROGIANTE, 2017.	Esc. Anna Nery.	Estudo descritivo, quantitativo, transversal.
5	Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento.	BARROS et al., 2018.	Rev. enferm. UFPE on line.	Estudo qualitativo.
6	Prática do enfermeiro obstetra quanto ao alívio da dor de parturientes.	GOMES; DAVIM, 2018.	Rev. enferm. UFPE on line.	Estudo bibliográfico.
7	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública.	INAGAKI et al., 2018.	Rev. enferm. UFPE on line.	Estudo quanti-qualitativo.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos de acordo com o título, autores, ano de publicação, periódico e método.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A análise dos estudos mostrou uma diversidade de autoria, com um total de um (01) artigo por autor, (03) publicações no ano de 2018, e os periódicos com mais estudos relacionados ao tema foram: Rev. enferm. UFPE on-line e Esc. Anna Nery, ambas com três (03). Além disso, foi possível observar que método mais utilizado foi o qualitativo, totalizando quatro (04) estudos da amostra.

Para melhor compreensão da síntese dos principais resultados encontrados entre os estudos selecionados, elaborou-se uma categoria temática denominada contribuições do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto, que será discutida a seguir.

4.1 Contribuições do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto

A OMS afirma que todas as mulheres têm direito à assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, bem como de estar livre da violência e discriminação. Entretanto, a violência institucional no cenário do parto e nascimento é um problema de saúde pública ainda persistente (INAGAKI et al., 2018).

Para que ocorra uma transformação de práticas obstétricas e sejam fornecidas ações para a humanização da assistência quanto à autonomia da mulher e de seu direito, o MS lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal com o intuito de contribuir para a ruptura da utilização de tecnologias invasivas do parto e muitas vezes desnecessárias, contribuindo para maiores riscos perinatais (BARROS

et al., 2018).

O que se observa, é que o ambiente hospitalar está em reconfiguração constante no campo obstétrico, voltado à perspectiva da humanização do parto. Nesse contexto, para ocuparem e se manterem no espaço, as enfermeiras obstétricas desenvolvem as Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem Obstétrica (TNICE), que têm como características marcantes a compreensão do parto como um processo fisiológico, o respeito à sua natureza e à integridade corporal e psíquica das mulheres (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Nesse contexto, inúmeros benefícios têm sido atribuídos ao modelo colaborativo de assistência, uma vez que a presença contínua da enfermeira obstetra permite focar aspectos fisiológicos e emocionais da parturição, favorecendo o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto, componente fundamental na assistência humanizada (MEDEIROS et al., 2016).

Observamos que, mesmo inseridas em espaço considerado desfavorável à desmedicalização, a enfermeira obstétrica atua de forma menos intervencionista e suas ações favorecem a proteção da integridade da mulher (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Silva, Nascimento e Coelho (2015) pontuaram que as ações de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas que implicaram nos processos de dignificação foram: o acolhimento; a promoção da presença de acompanhante; a promoção de um ambiente adequado ao cuidado; e a transmissão de calma e segurança às mulheres. Já a autonomia das mulheres no trabalho de parto foi possível por meio da promoção de relações pessoais entre profissionais e usuárias livres de coerção; e a facilitação no acesso às informações.

Destaca-se, diante dos resultados desta revisão, a confirmação dos ideais de Florence Nightingale, ao considerar que o cuidado de enfermagem deve ser capaz de construir um ambiente favorável e equilibrado a fim de conservar a energia vital do paciente. Acredita-se que na prática obstétrica, o ambiente confortável e adequado e as práticas de estratégias associadas, principalmente elaboradas pelo enfermeiro obstetra, possuem boa aceitação para a maioria das parturientes, indicando o alívio da dor como meta primordial (GOMES; DAVIM, 2018).

Os resultados mostraram ainda, ser incisiva a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento nos cenários desse estudo. O predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica reforça a sua importante contribuição no que se refere à prática assistencial, em concordância com a OMS, o MS e os princípios da humanização. Ao mesmo tempo, propõe que elas têm peso importante quando determinadas práticas obstétricas são ou não respeitadas (SOUSA et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificaram-se as contribuições do enfermeiro obstetra no processo de humanização do parto e as práticas desse profissional que favorecem o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto.

Sabendo-se que a violência institucional no cenário do parto e nascimento é um problema de saúde pública ainda persistente, o enfermeiro obstetra ao atuar de forma menos intervencionista, tem importante contribuição no que se refere à prática assistencial e suas ações favorecerem a proteção da integridade da mulher.

Contudo, os resultados desse estudo sugerem que é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres, premissas básicas quando se busca a assistência humanizada. Além disso, o respeito pela perspectiva da mulher, associado à experiência profissional e às evidências científicas, fundamentam a construção da assistência à saúde com qualidade.

Verificando-se a importância da constante atualização dos profissionais, acredita-se que a enfermagem tenha um papel essencial na mudança das práticas de atenção ao parto, pois o enfermeiro que tem uma formação humanista e solidária poderá servir de articulador na operacionalização da Política de Humanização do Parto e Nascimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, Thais Cordeiro Xavier et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 2, p. 554-558, fev. 2018. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25368p554-558-2018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, seção 1, p. 4. Brasília, Distrito Federal; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2135-45, jun. 2019. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 524 de 24 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília, 2016.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme**, v. 18, n. 1, 2014. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

FABRIZZIO, Greici Capellari et al. Práticas obstétricas de uma parteira: contribuições para a gestão do cuidado de enfermagem à parturiente. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 9, e2892, 2019. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2892>.

GOMES, Edilma Correia Honorato; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Prática do enfermeiro obstetra quanto ao alívio da dor de parturientes. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3426-3435, dez. 2018. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237709p3426-3435-2018>.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17933>.

INAGAKI, Ana Dorcas de Melo et al. Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 7, p. 1879-1886, jul. 2018. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, dez. 2016. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>.

MENEZES, Fabiana Ramos de et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e180664, 2020. <http://doi.org/10.1590/interface.180664>.

MOURA, Reinaldo dos Santos et al. Perfil obstétrico e neonatal dos partos naturais domiciliares assistidos por enfermeiros obstetras. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 25, 13, 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532019000100210>.

RIEGERT, Isadora Tavares et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.12, n.11, p. 2986-93, nov. 2018. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236863p2986-2993-2018>.

ROMÃO, Rejane Sousa et al. Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 8, e2907, 2018. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2907>.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, set. 2015. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>.

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, jun. 2016. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>.

MORTALIDADE MATERNA NO MARANHÃO: ESTUDO RETROSPECTIVO 2010 A 2018

Data de aceite: 20/05/2020

Olivani Izabel Domanski Guarda

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres por ser uma tragédia evitável e por ocorrer, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2009).

O indicador de mortalidade materna mais utilizado é a Razão de Mortalidade Materna (RMM). Este indicador relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e as indiretas com o número de nascidos vivos e é expresso por 100.000 nascidos vivos. É calculada através da divisão das mortes maternas ocorridas em um espaço geográfico circunscrito em um período de tempo determinado pelo número de nascidos vivos, naquele mesmo local e período, e em seguida multiplicado por 100.000 (WHO/ UNICEF, 1996; BRASIL, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) entre 10 a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos em países

em desenvolvimento. A RMM é classificada pela OMS como: muito alta mortalidade (acima de 150/100.000NV); alta mortalidade (de 50 a 149/100.000NV); média mortalidade (de 20 a 49/100.000 NV) e baixa mortalidade (menos de 20/100.000NV) (WHO/UNICEF, 1996).

Laurenti e colaboradores (2004) estudaram a mortalidade materna em todas as capitais brasileiras com resultados que apontaram uma variação importante na RMM nas capitais. A RMM encontrada foi de 54,3 por 100.000 nascidos vivos no conjunto das capitais, variando entre 42 por 100.000 nascidos vivos no Sul do Brasil e 73,2 por 100.000 nascidos vivos no Nordeste brasileiro.

A análise da razão entre a mortalidade materna por causas diretas e a mortalidade por causas indiretas evidencia mudanças sustentáveis no padrão no Brasil. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Tal relação reduziu-se para 3,5 vezes, em 2000, e para 2,4 vezes, em 2010 (BRASIL, 2013).

É importante salientar que os fatores determinantes das mortes maternas por causas diretas atuam em vários níveis englobando desde o menor status socioeconômico das mulheres, o acesso à educação, aos bens e

serviços até a rede de proteção social em que a mulher está inserida (LEITE, et al 2011).

A Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Departamento de Análise de Situação em Saúde realizou levantamento e análise por grupos de causas de morte e identificou as cinco principais causas de morte materna no território brasileiro, nos últimos anos. Em contexto geral, foi enumerada a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pelo período gravídico-puerperal e o aborto como sendo as principais causas de morte materna em todo território nacional (BRASIL, 2009; MORSE et al, 2011).

Em concordância com este levantamento, Leite et al (2011) verificou em Recife/PE a predominância da doença hipertensiva, seguido da síndrome hemorrágica e da infecção no período de 2001 a 2004. Martins e colaboradores (2014), identificaram o registro de 191 óbitos em São Luís/MA vinculados ao período gravídico puerperal perfazendo 5,22% dos casos de óbitos femininos no período de 2002 a 2011.

Alguns estudos têm enfatizado como fatores de risco para a mortalidade materna, a idade materna elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal, a ausência de companheiro e as condições mórbidas prévias de saúde (LEITE et al, 2011; FERNANDEZ & CAVANILLAS, 2010; VIANA et al, 2011).

O cuidado ao longo da gestação, por seu caráter preventivo, tem papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e neonatal, visto que muitas patologias do período gravídico-puerperal podem ser tratadas e/ou controladas precocemente (BRASIL, 2009).

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10), morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (BRASIL, 2009).

A morte materna obstétrica pode ser decorrente de causas obstétricas diretas e indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que tem sua ocorrência ligada a complicações obstétricas, durante o período gestacional, no parto ou no puerpério estando relacionada a intervenções, a omissões, ao tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos ligados a qualquer uma destas causas (BRASIL, 2009).

A morte materna obstétrica indireta, por sua vez, é aquela resultante de patologia pré-existente à gestação atual, ou que tenha se desenvolvido durante o período gestacional sem ser provocada por causas obstétricas diretas, porém, agravada

pelas mudanças fisiológicas desencadeadas pelo processo gestacional. No Brasil, a hipertensão pré-existente é um exemplo de causa de morte materna obstétrica indireta muito frequente (BRASIL, 2009).

Os óbitos por causas maternas correspondem aos óbitos cuja codificação de causa básica pertence ao Capítulo XV, segundo a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10), os óbitos por morte materna tardia de código O96 e a morte materna por sequela de causa obstétrica direta, de código O97 ficam excluídos desta classificação (BRASIL, 2009).

A morte de uma gestante ocasionada por causas acidentais ou incidentais que não estejam relacionadas à gravidez ou ao seu manejo é conceituada como Morte Materna não Obstétrica ou morte não relacionada. Por não ser consequência direta ou indireta do estado gestacional não é incluída no cálculo da Razão de Mortalidade Materna (BRASIL, 2009).

Morte materna tardia é a morte de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez. A morte materna tardia não faz parte do cálculo da Razão da Mortalidade Materna (VIANA, et al, 2011).

Na região Nordeste, Maranhão, Piauí e Bahia apresentaram os maiores coeficientes da RMM em estudo de análise espacial da mortalidade materna no período de 2000 a 2009. O Maranhão foi o estado que apresentou maior mortalidade, 87,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, o Piauí apresentou 85,9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a Bahia com 71,9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (SILVA et al, 2014).

A partir do lançamento do Projeto “Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)”, os argumentos a respeito da necessidade de mensurar o avanço da sociedade e o desempenho da gestão pública foram deslocados da esfera puramente econômica e passaram a abranger saúde, educação, emprego, renda, segurança, meio ambiente, cultura e direitos humanos. O IDH é mensurado a cada 10 anos e serve de comparativo entre regiões e entre países, com o objetivo de mensurar o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população (RABELO et al, 2014).

Em 2013, conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o IDH do país ficou na posição 75º entre 188 países. O estado do Maranhão ficou em penúltimo lugar nesta avaliação geral. (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013; CUTRIM, 2013).

Em concordância com os números encontrados nos estudos de mortalidade materna, o Maranhão permanece como um dos estados com um dos piores IDH, menor renda *per capita* e baixo valor do Produto Interno Bruto (PIB) com repercussão direta na assistência à saúde das mulheres maranhenses (SANTOS, 2013).

3 | METODOLOGIA

O estudo é descritivo, retrospectivo e o local de estudo escolhido foi o Estado do Maranhão, que é dividido em 19 Macrorregionais de Saúde, com população geral de cerca de 6.574.789 habitantes, e deste quantitativo, 50,4% corresponde à população feminina, e deste percentual 64,3% são mulheres entre 10 a 49 anos residentes nos 217 municípios do Estado (IBGE, 2010).

A população do estudo foi constituída por todos os óbitos maternos declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) nos anos de 2010 a 2018. O critério de inclusão foi ser óbito materno notificado de mulheres residentes no Estado do Maranhão.

Os dados foram coletados em dois momentos. Em 2016, a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para elaboração de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E em 2020 os dados foram atualizados através de busca eletrônica de informações no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referente os anos de 2010 a 2018 para envio à Editora Atenas.

As variáveis do estudo: faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, causa básica, momento, local de ocorrência do óbito e o tipo de causa obstétrica. Os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequência simples, contendo o número absoluto e percentual das variáveis.

Embora a pesquisa tenha utilizado apenas dados secundários, de domínio público, o estudo foi submetido a Plataforma Brasil e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, por meio do Parecer Consubstanciado de número 1.612.004, seguindo os preceitos da Resolução nº466/12 do CNS.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme os dados pesquisados, o Estado do Maranhão possui altas RMM nos oito anos estudados sempre ultrapassando as RMM nacionais. Neste período foram encontrados registros de 934 óbitos maternos no Maranhão, com uma média de 116,7 óbitos por ano.

O maior número de óbitos ocorreu em 2010, com 123 registros, o que corresponde a uma RMM de 102,9/100.000 NV. O menor número de registro foi 2012 com 84 ocorrências, corresponde a 72,4/100.000NV (Figura 1).

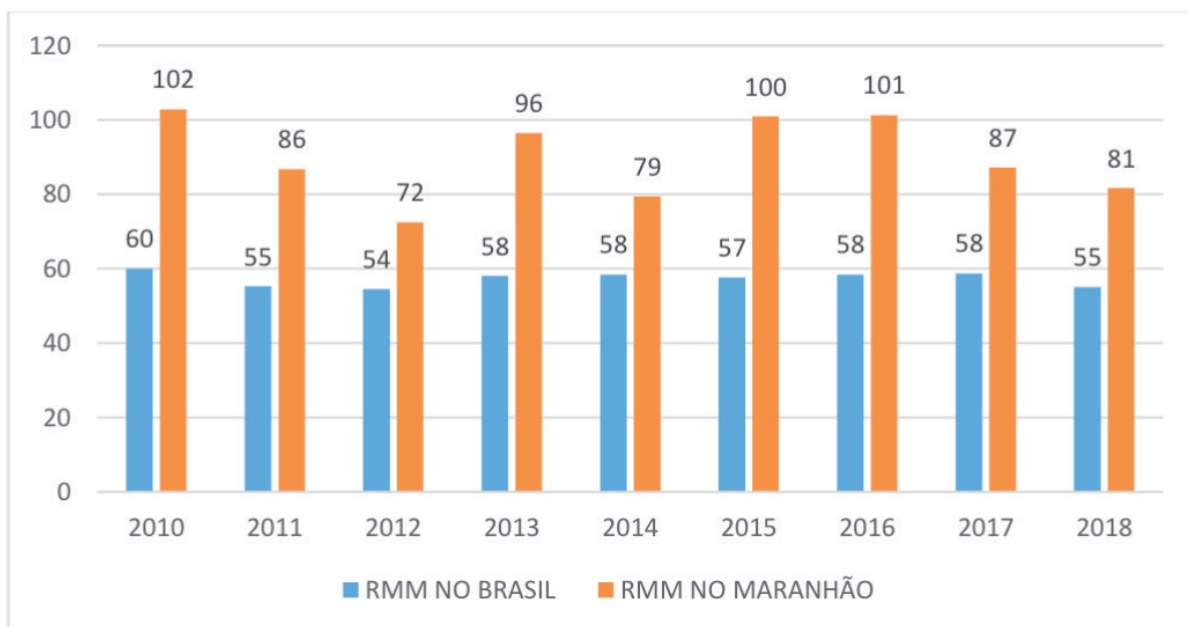


Figura 1 – RMM ocorridas no Brasil e no Maranhão (2010-2018), São Luís, 2020.

Fonte: SIM/SINASC/ DATASUS/MS, Brasil – 2010 a 2018.

O cálculo das Razões de Mortalidade Materna de cada estado da Região Nordeste, no período de 2010 a 2018, apontou que o estado com maior ocorrência de mortalidade materna é o Maranhão com 90,8/100.000NV. Em seguida, figuram a Bahia e o Piauí, com 89,2/100.000NV e 80,9/100.000NV, respectivamente (**Tabela 1**).

Estados da Região Nordeste do Brasil	Nascidos vivos	Óbitos maternos	RMM
Alagoas	460.658	263	57,1
Bahia	1.438.014	1.284	89,2
Ceará	1.156.734	692	59,8
Maranhão	1.028.432	934	90,8
Paraíba	400.299	309	77,2
Pernambuco	1.266.288	744	58,7
Piauí	459.405	372	80,9
Rio Grande do Norte	430.188	198	46,0
Sergipe	319.331	195	61,0

Tabela 1 – Nascidos vivos, óbitos maternos e RMM nos estados da Região Nordeste do Brasil (2010-2018), São Luís, 2020.

Fonte: SIM/SINASC/DATASUS/MS, Brasil - 2010 a 2018.

Nenhum óbito materno foi notificado em 2012 na Regional de Saúde de Timon e em 2017 na Regional de saúde de Pedreiras. Os menores valores de RMM foram encontrados nas regionais de Zé Doca em 2010, com RMM de 20,1/100.000NV e

Açailândia em 2014 com 20,2/100.000NV (Tabela 2).

As maiores taxas foram encontradas nas regionais de Caxias em 2015 com 291,5/100.000NV, Açailândia em 2016 com 222,9/100.000NV, em Barra do Corda em 2011 com 209,4/100.000NV, e novamente na regional de Caxias em 2017 com 203,5/100.000NV(**Tabela 2**).

Houve diminuição regular e constante da RMM na Regional de Imperatriz desde 2013 a 2018, com diminuição expressiva da RMM de 129/100.000NV em 2013 para 56,1/100.000NV em 2018. Da mesma forma, no mesmo período a regional de saúde de Presidente Dutra também apresentou diminuição expressiva da RMM de 169,6/100.000NV em 2013 para 68,6/100.000NV em 2018 (**Tabela 2**).

Vários estudos descrevem a associação entre fatores sociais como idade, raça, estado civil, escolaridade e renda com a mortalidade materna. Estes estudos demonstram que há correlação entre os fatores citados e a mortalidade materna aumentando a vulnerabilidade e o risco de complicações no processo gestacional e no puerpério (DIAS, et al 2015; LEITE et al, 2011; BRASIL, 2013).

REGIONAIS DE SAÚDE	Razão de Mortalidade Materna								
	2010 (N=123)	2011 (N=105)	2012 (N=84)	2013 (N=111)	2014 (N=93)	2015 (N=117)	2016 (N= 110)	2017 (N =97)	2018 (N =94)
Maranhão	102,9	86,7	72,4	96,5	79,4	100,9	101,3	87,2	81,6
Açailândia	116,4	100,8	62,7	42,1	20,2	160,6	222,9	168,9	157,7
Bacabal	154,3	66,4	137,2	70,2	45,6	126,2	59,5	88,0	136,2
Balsas	107,4	43,4	23,9	70,1	44,4	166,3	135,5	49,8	23,8
Barra do Corda	121,1	209,4	89,6	22,2	86,3	82,9	141,6	104,9	216,3
Caxias	107,0	51,7	149,2	156,4	58,3	291,5	123,5	203,5	78,5
Chapadinha	88,5	91,1	48,1	64,1	162,3	102,5	61,5	57,8	92,9
Codó	35,5	138,4	108,2	112,4	126,3	47,1	127,1	120,9	46,0
Imperatriz	54,8	83,5	65,8	129,2	94,6	72,4	67,6	57,8	56,1
Itapecuru	141,6	91,8	63,2	96,0	47,2	1354	147,8	183,1	93,3
Mirim	100,8	103,1	57,3	111,8	55,7	29,2	63,5	-	124,6
Pedreiras									
Pinheiro	33,0	32,4	48,1	118,1	97,8	84,7	103,4	64,7	94,0
Presidente Dutra	39,8	183,7	64,9	169,6	125,8	158,8	148,4	80,3	68,6
Rosário	102,4	39,1	123,4	167,2	60,2	69,8	24,7	122,2	66,1
Santa Inês	107,1	56,1	59,7	89,8	59,3	97,7	170,0	172,2	84,5
São João dos Patos	174,8	117,0	77,9	26,0	97,0	87,5	125,5	158,7	60,3
São Luís	153,9	73,0	69,1	66,3	71,4	69,3	79,9	33,6	51,7
Timon	151,6	53,6	-	189,9	76,8	105,1	147,2	34,6	94,1
Viana	46,2	86,5	101,2	46,9	69,5	126,4	82,4	106,5	77,7
Zé Doca	20,1	102,6	41,2	164,0	61,0	97,2	44,0	65,4	83,5

Tabela 2 – Razão de Mortalidade Materna por ano, segundo Regionais de Saúde no Estado do Maranhão (2010 -2018). São Luís, 2020.

Fonte: SIM/ DATASUS/MS, Brasil – 2010 a 2018.

Quanto às características das mulheres que foram a óbito materno, observou-se que 20,9% eram adolescentes, sendo 2,6% na faixa etária de 10 a 14 anos. A maioria na faixa etária de 20 a 29 anos, com 44,5% dos óbitos seguida de 26,8% entre 30 a 39 anos (**Tabela 3**). Constata-se que os dados encontrados são similares aos encontrados por Portela e colaboradores (2015) ao estudar a mortalidade materna também no Maranhão entre 2006 a 2010 o que indica uma continuidade no padrão da mortalidade materna nesta faixa etária (PORTELA, et al 2015).

Em relação à raça/cor, 68,2% das mulheres eram pardas e 12,1% pretas, totalizando 80,3% o que está em conformidade com a intensa miscigenação racial no Maranhão (**Tabela 3**). Estudos nacionais relacionam os coeficientes de mortalidade materna por raça/cor demonstrando que a RMM é maior entre pardas e negras (PORTELA et al, 2015; DIAS et al, 2015).

A distribuição dos óbitos por estado civil aponta que 46,5% foram declaradas solteiras, e 24,4% foram classificadas como tendo “outro estado civil” (**Tabela 3**). Outros estudos apontam que os óbitos maternos ocorrem em maior número nas mulheres solteiras e que há confusão entre estado civil e convivência marital (DIAS et al, 2015; VIANA et al, 2011).

Quanto à escolaridade, 34,9% tinham entre 8 e 11 anos de estudo e 20,3% menos de quatro anos de estudo, incluindo as mulheres que não tinham qualquer escolaridade (**Tabela 3**). Os percentuais reportam aos três pilares que constituem o IDH, saúde, educação e renda, pois o Maranhão ficou em penúltimo lugar na avaliação geral dos Estados em 2013 (CUTRIM, 2013).

Características	2010 N =123	2011 N=105	2012 N=84	2013 N=111	2014 N=93	2015 2016 N= 117 N= 110	2017 N=97	2018 N=94	TOTAL (N=934)
Faixa etária									
10 a 14	3,2	-	8,3	3,6	2,1	0,8 1,8	2,0	2,1	2,6
15 a 19	21,1	20,0	17,8	19,8	18,3	28,2 14,5	10,3	11,7	18,3
20 a 29	48,1	48,6	38,1	43,2	37,6	41,9 51,8	49,5	39,4	44,5
30 a 39	18,7	30,5	29,8	28,0	36,6	21,4 26,5	34,1	37,2	28,6
40 a 49	8,9	0,9	6,0	5,4	5,4	7,7 5,4	4,1	9,6	6,0
Raça/cor									
Branca	22,8	13,3	10,7	17,1	13,0	8,6 8,2	14,4	6,4	12,9
Preta	5,7	6,7	13,1	16,2	19,3	11,2 14,5	9,3	13,8	12,0

Parda	65,0	71,4	65,5	58,6	60,2	78,6 76,4	72,1	74,5	67,1
Indígena	0,8	2,9	3,6	1,8	3,2	0,8 0,9	2,1	5,3	2,2
Ignorado	5,7	5,7	7,1	6,3	4,3	0,8 -	2,1	-	5,7
Instrução formal									
Nenhuma	10,6	5,7	9,5	9,0	7,5	7,7 3,6	5,1	3,2	6,9
1 a 3 anos	9,7	23,8	15,5	12,6	5,4	12,8 9,1	13,4	11,7	12,6
4 a 7 anos	29,3	26,7	23,8	34,2	20,4	27,4 20,0	17,5	25,5	25,2
8 a 11 anos	22,8	27,6	30,9	27,1	43,0	41,0 52,7	50,5	45,7	37,5
12 anos/+	10,6	5,7	4,8	6,3	7,5	4,3 8,2	6,2	5,3	6,6
Ignorado	17,0	10,5	15,5	10,8	16,2	6,8 6,4	7,2	8,5	11,0
Estado civil									
Solteiro	63,4	50,5	44,0	39,6	40,9	45,3 42,7	46,4	44,7	46,7
Casado	26,0	14,3	15,5	19,8	17,2	17,1 23,7	24,7	18,1	19,8
Viúvo	0,8	2,8	-	0,9	-	1,7-	1,0	1,0	0,9
Separado	0,8	0,9	1,2	-	-	- 0,9	-	-	0,4
Outro	-	21,9	25,0	31,6	34,4	32,5 29,1	24,7	33,0	25,2
Ignorado	9,0	9,6	14,3	8,1	7,5	3,4 3,6	3,1	3,2	6,7

Tabela 3 –Características das mulheres que foram a óbito materno no Maranhão (2010 – 2018). São Luís, 2020.

Fonte: SIM/ DATASUS/MS, Brasil – 2010 a 2018

A tipificação das causas obstétricas encontradas neste estudo está consoante com pesquisas regionais bem como de estudos de abrangência nacional (LEITE et al, 2011; PORTELA et al, 2015; MORSE et al, 2011; LAURENTI et al, 2004; VIANA et al, 2011).

No Maranhão, no período estudado, a variável tipo de causas obstétricas apresentou 79,3% dos óbitos por causa obstétrica direta, seguido de 19,0% por causa obstétrica indireta e 1,6% definidos como morte materna por causa não especificada no período de 2010 a 2018 (**Tabela 4**).

O Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) compila e apresenta virtualmente o preenchimento dos campos das Declarações de Óbito. No presente estudo, os resultados encontrados retratam a falta de informação em diversos campos da Declaração de Óbito, informação inconsistente e período ignorado no tocante ao momento de ocorrência do óbito (**Tabela 4**).

Na distribuição dos óbitos por momento de ocorrência, o maior número ocorreu durante os primeiros 42 dias do período puerperal com 38,0% das ocorrências; 29,9% ocorreram durante a gravidez, parto ou aborto; e 3,4% entre 43 dias a menos de um ano, no puerpério tardio. Em 20,2% dos óbitos não havia período informado na DO e em 8,3% o período informado era inconsistente o que totaliza 28,5% de interrogações sobre as condições de assistência recebida no momento da ocorrência do óbito (**Tabela 4**).

O puerpério até 42 dias, o período da gravidez, o momento do parto ou do aborto são condições de extrema vulnerabilidade por envolver desde a dificuldade de acesso ao serviço de saúde até a qualificação profissional de quem assiste gestantes e puérperas e a adequada tomada de medidas e de intervenções (BRASIL, 2009; PORTELA et al, 2015).

Quanto ao acesso ao parto hospitalar, 87,7% ocorreram em ambiente hospitalar (**Tabela 4**). Em estudo de abrangência nacional, os estudiosos apontam que em certas regiões do país quase a totalidade dos partos ocorre em hospitais, porém a qualidade da assistência do pré-natal ao puerpério precisa melhorar muito para atender o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (LAURENTI et al, 2004).

Em se tratando das 39 causas básicas de óbitos maternos encontradas neste estudo, as mais frequentes estavam associadas a distúrbios pressóricos, infecções puerperais e hemorragias no pós-parto, evitáveis com uma assistência segura e oportuna. As causas mais frequentes de óbitos maternos encontradas assemelham-se com as encontradas na literatura regional e nacional (PORTELA et al, 2015; SILVA et al, 2014; PEREIRA et al, 2012; LAURENTI et al, 2004).

ÓBITOS	2010 N=123	2011 (N=105)	2012 (N=84)	2013 (N=111)	2014 (N=93)	2015 (N=117)	2016 (N=110)	2017 (N=97)	2018 (N=94)	TOTAL N=934
Tipo de causa										
Obstétrica direta	77,2	86,7	79,8	81,1	81,7	75,2	77,2	75,3	80,8	79,3
Obstétrica indireta	22,8	12,4	17,8	15,3	17,2	23,1	21,9	21,6	18,1	19,0
Obstétrica NE	-	0,9	2,4	3,6	1,1	1,7	0,9	3,1	1,1	1,6
Período informado										
Gravidez, parto, aborto	26,0	30,5	36,9	36,0	36,5	24,8	25,4	31,9	24,5	29,9
Puerpério até 42 dias	34,9	36,2	42,8	32,4	47,3	40,2	47,3	25,7	36,2	38,0
Puerpério, 43 dias a menos de 1 ano	4,9	1,9	2,4	2,7	1,1	3,4	3,7	6,2	4,2	3,4

Inconsistente	17,9	7,6	7,1	7,2	2,1	3,4	9,1	9,3	9,5	8,3
Ignorado	16,3	23,8	10,7	21,7	13,0	28,2	14,5	26,8	25,5	20,2
Local										
Hospital	92,0	87,6	92,8	89,2	88,2	86,3	83,0	83,5	87,2	87,7
Est. de saúde	0,8	-	1,2	0,9	2,1	1,7	2,7	2,0	2,1	1,5
Domicílio	1,6	3,8	3,8	6,3	4,3	5,2	10,0	5,1	1,0	4,6
Via pública	2,4	4,8	2,4	2,7	2,1	3,4	3,6	4,1	4,2	3,3
Outros	3,2	3,8	-	0,9	3,3	2,6	0,9	5,1	5,3	2,8

Tabela 4 – Óbitos maternos por tipo de causa obstétrica, momento e local de ocorrência no Estado do Maranhão (2010 – 2018). São Luís, 2020.

Fonte: SIM/DATASUS/MS, Brasil – 2010 a 2018

A principal causa de óbito materno foi a eclampsia, seguida da infecção puerperal e hipertensão gestacional com proteinúria. (Tabela 5).

CATEGORIA CID - 10	N (934)	%
CAUSA DIRETAS	741	
Eclampsia	162	17,3
Infecção puerperal	63	6,7
Hipertensão gestacional c proteinúria	59	6,3
Anormalidades da contração uterina	53	5,6
Hemorragia pós-parto	53	5,6
Descolamento prematuro da placenta	44	4,7
Complicações do trabalho de parto	41	4,3
Abortamentos	37	3,9
CAUSA INDIRETAS	178	
Outras doenças mat. Complicada Grav. parto puerpério	137	14,6
Hipertensão pré-existente	18	1,9
Diabetes Mellitus	6	0,6
Doenças pelo HIV	5	0,5
CAUSA OBSTÉTRICA NÃO ESPECIFICADA	15	
Morte obstétrica de causa NE	15	1,6

Tabela 5 – Principais causas obstétricas de óbitos maternos no Estado do Maranhão (2010-2018) segundo categoria CID – 10. São Luís, 2020.

Fonte: SIM/ DATASUS/MS, Brasil – 2020.

As causas obstétricas diretas predominaram em relação às indiretas, para cada óbito materno indireto foram identificados, aproximadamente, seis óbitos por causas obstétricas diretas. As causas básicas “Anormalidades da contração uterina” e “Hemorragia pós-parto” chamam a atenção nos resultados do estudo por remeterem

a uma atenção distante das boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (**Tabela 5**).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RMM foi classificada como de “alta mortalidade”, permanecendo entre 50 a 149/100.000 NV na maior parte do período e os resultados mostram que as estratégias estaduais de enfrentamento da mortalidade materna não conseguiram reduzir a mortalidade materna conforme a meta estadual pactuada.

As causas obstétricas diretas foram preponderantes em todo estudo, a maioria dos óbitos foi em ambiente hospitalar, nos primeiros 42 dias de puerpério, na gestação, parto ou abortamento, na faixa etária de 20 a 29 anos, pardas, com baixa escolaridade e declaradas solteiras. Estes resultados indicam qualidade deficiente da assistência prestada no período gravídico puerperal, bem como os aspectos que podem indicar uma maior vulnerabilidade social destas mulheres.

O panorama da mortalidade materna no Maranhão deixa claro que é preciso concentrar esforços para mudar a realidade atual devido à possibilidade de prevenção de parte considerável dos óbitos encontrados no estudo. A mudança precisa ocorrer a partir de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e, sobretudo, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. “**Seção indicadores sociais**”, 2013. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2009.

BRASIL, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> acesso em 10/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**. Brasília. V. 43 n.1: 1-7, 2013.

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1-a-7---Mortalidade-Materna.pdf>

CUTRIM, J. Atlas do Desenvolvimento Humano IDH: Maranhão fica em penúltimo lugar. **G.D. News**. Disponível em: <http://blog.jornal.pequeno.com.br/johncutrim>

DATASUS, **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <http://www.datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/maranhao> acessos em 2016/2017.

DIAS, J.M.G; OLIVEIRA, A.P.S; CIPOLOTTI, R; MELO, B.K.S. Mortalidade materna. **Rev. Med. Minas Gerais**, 25 (2): 173-179, 2015.

FERNANDEZ, M. A. L; CAVANILLAS, B.A; MATEO, S. Excess of maternal mortality in foreign nationalities in Spain, 1996-2006. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 149:52-56, 2010.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M.H.P; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v.7 n.4 :449-460, 2004.

LEITE, R.M.B; ARAÚJO, T.V.B; ALBUQUERQUE, R. M; ANDRADE, A. R.S; NETO, P.J.D. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.10, p: 1977 – 1985, 2011.

MORSE, M. L; FONSECA, S.C; BARBOSA, M.D; CALIL, M.B; EYER, F. P.C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4: 629-635, 2011.

PEREIRA, F.M; SILVA, E.P; MUNIZ, G.C; LOIOLA, H.A.B; MATOS, P.M.A; DINIZ, M.R.F. Mortalidade materna no município de São Luís- MA. In: **64ª Reunião Anual da SBPC, 2010**, São Luís, Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC, 2012.

PORTELA, N.L.C; ARAUJO, N.J; MONTE, L.R.S. Mortalidade materna no estado do Maranhão no período de 2006 a 2010. **Rev. Interdisciplinar**, v. 8, n. 3:75-82, jul.ago.set., 2015

RABELO, T.O; LOUZEIRO, A.S; RODRIGUES, Z.M.R. **Indicadores Sociais na Região Metropolitana da Grande São Luís: segurança, emprego e renda**. São Luís (MA) Brasil, 2014.

SANTOS, A.J.O. Mortalidade Materna em São Luís. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Departamento de Enfermagem. **Universidade Federal do Maranhão**, São Luís, 2013.

SILVA, B.L da; RIBEIRO, F.F; ANJOS, U.U dos; SILVA, A.T.M.C. Análise espacial da mortalidade materna. **Revista de Enfermagem**. UFPE on line, 2014. Disponível em: www.revistaufpe.br

VIANA, R.C; NOVAES, M.R.C.G; CALDERON, I.M.P. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. **Com. Ciências da Saúde** – 22 Sup. 1:S141 – S152, 2011.

WHO/UNICEF. (World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund). **Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality**. A New Approach by WHO and UNICEF, Geneva: WHO/UNICEF, 1996.

O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO ABACATAL - PA À LUZ DAS TEORIAS TRANSCULTURAL E AUTOCUIDADO

Data de aceite: 20/05/2020

Data de Submissão: 20/03/2020

Camila Pimentel Corrêa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/7398046497071612>

Celice Ruanda Oliveira Sobrinho

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/6051667707148020>

Júlia Santos Lisboa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/1137387288301778>

Laura Arruda Costa

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/5348431446028563>

Ruth de Souza Martins

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –
Unifamaz
Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/6139402416221773>

Milena Farah Damous Castanho Ferreira

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia –

Unifamaz

Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/1338900221464100>

Thalyta Mariany Ueno Lopes

Universidade do Estado do Amazonas – UEA.
Manaus, Amazonas.

<http://lattes.cnpq.br/0358520630346001>

Paula Sousa da Silva Rocha

Centro Universitário do Estado do Pará
(CESUPA), Universidade do Estado do Pará
(UEPA).

Belém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3929566584203932>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência desenvolvida pelas acadêmicas de enfermagem na comunidade quilombola do Abacatal - PA, a fim de construir um portfólio educativo. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. Refere-se à construção de uma tecnologia educativa leve-dura, o portfólio, apresentado para acadêmicos de enfermagem. **Resultado:** Evidenciou-se o quanto significativa é a ludicidade como didática educativa, gerando conhecimento sobre questões importantes de serem debatidas no contexto da saúde. Constatou-se durante a visita a comunidade quilombola do Abacatal que reconhecer o

quilombo como um espaço de resistência e luta, é um aliado durante a prescrição dos cuidados de enfermagem. **Conclusão:** Corrobora-se a necessidade de abordar questões como a saúde de povos tradicionais no âmbito acadêmico, uma vez que os profissionais de enfermagem muitas vezes não aplicam com êxito as teorias de sua profissão, dificultando a assistência prestada para esses povos.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de Enfermagem, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Cuidados de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Cultura.

NURSE CARE IN THE QUILOMBOLA COMMUNITY OF ABACATAL - PA IN THE LIGHT OF transcultural AND SELF-CARE THEORIES

ABSTRACT: Objective: To report the experience developed by nursing students in the quilombola community of Abacatal - PA, in order to build an educational technology. **Method:** This is a descriptive study, type of experience report. It refers to the construction of a educational technology, the portfolio, presented to nursing students. **Result:** It became evident how significant playfulness is as an educational didactic, generating knowledge about important issues to be discussed in the context of health. It was found during the visit to the Abacatal quilombola community that recognizing the quilombo as a space of resistance and struggle, is an ally during the prescription of nursing care. **Conclusion:** It is important to emphasize the need to address issues such as the health of traditional peoples in the academic sphere, since nursing professionals often do not successfully apply the theories of their profession, making the assistance provided to these peoples even more difficult.

KEYWORDS: Nursing Theory, African Continental Ancestry Group, Nursing Care, Education, Nursing, Culture.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil a discriminação e o preconceito relacionado à cor da pele ainda são frequentes. Sendo assim, encontram-se as comunidades remanescentes de quilombolas (CRQs), que são habitadas por negros livres descendentes de escravos (ARRUTI JMA, 2002).

Existe uma vastidão de elementos que podem ser integrados no conceito cultura, como especificidades e particularidades específicas de cada grupo. As comunidades quilombolas são oriundas de um passado marcado por escravidão, resistência, tradições, saberes, fugas e luta (FURTADO; SUCUPIRA; ALVES, 2014).

Diversos fatores contribuíram para que a escravização do negro se tornasse efetiva e lucrativa, entre eles, a habilidade dos africanos como agricultores, ferreiros, mineradores, construtores, entre outros saberes que os faziam mão de obra

adequada para a colonização do novo mundo, bem como, os interesses econômicos das nações colonizadoras (SILVA E SILVA, 2014).

Durante o período de escravidão, o recurso mais utilizado pelos negros escravos, no Brasil, para escapar às agruras do cativeiro foi sem dúvida o da fuga para o mato, de que se resultaram os quilombos, ajuntamento de escravos fugidos, e posteriormente as entradas, de expedições de captura. O movimento de fuga era, em si mesmo, uma negação da sociedade oficial, que oprimia os negros escravos, eliminando a sua língua, a sua religião, os seus estilos de vida. O quilombo por sua vez, era uma reafirmação da cultura e da identidade dos africanos (CARNEIRO 1958).

O quilombo foi, portanto, um acontecimento singular na vida nacional, seja qual for o ângulo pelo qual o encaramos. Como forma de luta contra a escravidão, como estabelecimento humano, como organização social, como reafirmação dos valores das culturas africanas, sob todos estes aspectos o quilombo revela-se como um fato novo, único, peculiar, - uma síntese dialética (CARNEIRO 1958).

A saúde de uma população é caracterizada por variadas condições de vida de cada indivíduo. Desta forma, a situação de um determinado grupo pode somente ser considerada através de seus condicionantes e determinantes de saúde, tais como hábitos, características biológicas, normas e valores, condições ambientais, de moradia e saneamento, nível educacional (BUSS, 2010).

A comunidade remanescente de quilombo do Abacatal encontra-se na área rural do bairro do Aurá no município de Ananindeua, segundo os levantamentos de dados é o município mais populoso do estado do Pará. A principal característica da localização da comunidade é a inserção da área rural com a área urbana, devido que são indissociáveis. Assim, a uma maior demanda e necessidade no quesito a diversificação nas estratégias de políticas de saúde, produção e subsistência frente às características do ambiente (FRAGA, 2015).

A comunidade foi fundada em 1.710, quando um conde, dono de grande parte do território de Três Marias, não podia ter filhos com sua esposa e recorreu a sua escrava Olímpia, com quem teve três filhas que futuramente se tornaram as fundadoras do quilombo e o passaram para seus descendentes.

A questão racial dispõem encadeamentos diretos para a formação das desigualdades em saúde e conseqüentemente estas se concretizam em uma elevação alarmante nos dados epidemiológicos, que são prejudiciais para determinados grupos, principalmente para a população negra, que no Brasil esse grupo populacional constitui a o conjunto da classificação de cor e/ou raça preta e parda adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (SILVA, 2018).

Estas discrepâncias configuram nas condições de saúde, visto que a população

negra, logo, padece-nos dos piores indicadores de mortalidade materna e infantil, além da taxa elevada de homicídios entre jovens negros e a maior cadência a doenças crônicas, enfatizando hipertensão e diabetes (CHOR, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o Conselho Nacional de Saúde aprovou em 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), e tem como intuito o combate à discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como promover a equidade em saúde da população negra, trabalhando em companhia da lei Nº 12.288 de 20 de julho de 2010 que institui o Estatuto da Igualdade Racial, e corrobora assim, a importância da implementação de Políticas Públicas de Saúde no combate às desigualdades raciais.

A Secretária de Planejamento do Governo do Pará (SEPLAN), o Pará é o estado brasileiro que mais titula comunidades quilombolas, fator crucial para a capacitação técnico-científica do enfermeiro (a), uma vez que esses dados sejam de interesse direto do profissional (MONTICELLI, 2010).

A modernidade exige do profissional de saúde um olhar humanizado, científico e cultural para poder conseguir investigar a forma de como ocorre à construção das representações de mundo, e qual a interferência disso nas práticas relacionadas à saúde que, por sua vez, ou reafirmam as representações ou as transformam. A forma com que os indivíduos produzem práticas de saúde está ligada diretamente com o seu cotidiano, sociedade em qual é inserido e a sua cultura. O conhecimento, respeito e práticas sobre a saúde variam de comunidade para comunidade, muitas das vezes estas não concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia (MORAIS, 2013).

Torna-se necessário conhecermos como essas práticas populares relacionadas à cultura quilombola são incorporadas no quesito saúde e cuidado. Uma vez que as comunidades compõem no Brasil um número de 3.542 unidades, identificadas em todo país, estando 1.886 certificadas pela Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2012).

Os cuidados de base cultural são essenciais para o bem-estar, crescimento e sobrevivência, considerando que este é mais abrangente para as diferentes culturas. Pode-se entender a diversidade e a universalidade que indica as equivalências e similaridades dos significados, valores, padrões e uniformidade de cuidados. Leininger definia o cuidado cultural como valores, crenças e modos de vida padronizados, apreendidos subjetiva e objetivamente. Trazendo ao enfermeiro imprescindibilidade de conhecer a dinâmica da cultural e desenvolver a capacidade de perceber as semelhanças e diferenças culturais. Visando um cuidado específico, mais eficiente e respeitoso (LEININGER; MCFARLAND 2002).

Os rituais e crenças têm significados e são terapêuticos trazendo propósitos

ou funções específicas para cada cultura. Os valores e normas de cuidados têm importante influência, no crescimento e desenvolvimento nas comunidades e no processo de saúde e doença. Gerando a necessidade de que ocorram dois tipos de sistemas voltados ao cuidado à saúde: o popular e o profissional. Fazendo-se essa associação, e levando a transculturalidade para o atendimento, tem-se uma forma de cuidado mais transversal, tanto individual quanto coletivo, gera um melhor acolhimento dessa população, visando não apenas conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas visando conhecer o contexto cultural e valores, e o modo de vida do indivíduo e de suas famílias, gerando um cuidado mais holístico (MORAIS, 2013).

A Teoria do Autocuidado abrange o autocuidado, exigência terapêutica de autocuidado e a atividade de autocuidado (TOMEY; ALLIGOOD, 2005).

As comunidades quilombolas enfrentam questões históricas, políticas, sociais e culturais desde sua origem. Além disso, fatores como a dificuldade de acesso à saúde de maneira integral e qualidade de vida impactam diretamente no processo de saúde-doença dessa população, onde se percebe um bem-estar prejudicado e um declínio na promoção de saúde e autocuidado com orientação eficaz (TORRES et al., 2018).

Sendo uma das principais e mais importantes formas de combater as desigualdades sociais e conquistar a equidade na assistência, a promoção à saúde torna-se necessária para que essa comunidade se estabeleça em um ambiente de hábitos saudáveis com a inserção de adaptações em prol da melhoria do estilo de vida (MENESES, et al., 2015).

O cuidado de enfermagem não requer somente intervenções técnicas e/ou científicas para o bem-estar físico e mental das pessoas, pois abrange um processo de interação, a partir das relações interpessoais, com ênfase nas interações dialógicas, por meio da exploração de linguagens diferenciadas, como a linguagem e a expressão artística, valorizando os aspectos socioculturais de cada indivíduo envolvido no processo cuidar/cuidado (MORAIS, 2013).

Os enfermeiros são desafiados a conhecer a dinâmica da sensibilidade cultural e desenvolver a capacidade de perceber as semelhanças e diferenças culturais. Todas as culturas desenvolvem rituais de cuidados - ainda que de formas diferenciadas - e alguns rituais são mais significantes e terapêuticos do que outros, mas sempre têm propósitos ou funções específicas para cada cultura. As crenças, valores e normas de cuidados têm importante influência na sobrevivência humana, no crescimento, desenvolvimento e no processo saúde e doença. Ocorrem dois sistemas de cuidado à saúde: o popular e o profissional, entre os quais existem valores e práticas próprios, podendo ocorrer divergências deles em algumas comunidades (SILVA; SILVA e SANTOS, 2009).

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência desenvolvida pelas acadêmicas de enfermagem na comunidade quilombola do Abacatal – Pará, para que através da construção de um portfólio educativo consiga-se promover o conhecimento de acadêmicos de enfermagem acerca do assunto a partir do portfólio, uma tecnologia educativa leve-dura, onde reúne os estudos de forma clara, objetiva, e com riqueza de imagens para facilitar o entendimento do leitor, com foco no cumprimento da equidade na assistência de saúde.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, tipo relato de experiência realizado pelas acadêmicas do 3º e 4º período de Enfermagem do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia - UNIFAMAZ, por meio de uma visita em uma comunidade quilombola no bairro do Aurá no município de Ananindeua - Pará, no dia 19 de setembro de 2019.

Realizou-se o estudo através de buscas de literatura científica nas bases de dados: LILACS, BIREME, MEDLINE e Scielo para subsidiar a visita e a elaboração do portfólio. No que diz respeito à visita no quilombo do Abacatal. Realizou-se em dois momentos.

1º momento coletaram-se informações com uma das representantes da comunidade, na qual relatou a história do surgimento do quilombo, sobre a cultura, religião, os métodos naturais para curar doenças e a forma precária sobre a assistência de saúde prestada para esses povos.

2º momento se dar pela visita na comunidade onde conhecemos o artesanato feito pelas mulheres e seus processos de produção.

Após a visita, iniciou-se a produção do portfólio, onde se reuniu fotografias autorizadas pela coordenadora da comunidade quilombola para que se tornasse possível a ilustração da vivência do povo local. Com a finalidade de fomentar a discussão acerca das boas práticas de enfermagem na assistência aos povos tradicionais. O portfólio se caracteriza como uma tecnologia educativa de grande importância e conteudista, e posteriormente foi apresentado no dia do trabalho de conclusão de disciplina de uma Instituição Privada para acadêmicos do 3º e 4º semestre de enfermagem.

4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Constatou-se durante a visita a comunidade quilombola do Abacatal muitas

dificuldades enfrentadas com esses povos, visto que os programas voltados à saúde para atendê-los é insuficiente.

Relatou-se pela coordenadora da comunidade que, programas de saúde existentes atendem apenas as crianças, onde os adolescentes, adultos e idosos ficam desamparados no que diz respeito ao acesso de saúde. Colocando em pauta, a dificuldade de locomoção para o centro da cidade, visto que as ruas não são asfaltadas, tem-se apenas um ônibus que serve somente para levar as crianças até a escola. Além do descaso em relação a saneamento básico, água tratada e coleta de lixo. Onde, a falta desses processos acarreta diretamente doenças para os integrantes da comunidade.

Percebeu-se ao decorrer da conversa, que são de extrema importância as realizações das ações educativas e pesquisas voltadas para essa região, pois sofrem com o descaso do governo, discriminação da própria população que mora no centro da cidade e dificuldade ao acesso nos serviços públicos de saúde. Os quilombos são um espaço de resistência e luta. São povos que vem lutando para sobreviver e ser inserido na sociedade de forma justa e humana, além disso, o espaço é um aliado durante a prescrição dos cuidados de enfermagem.

Relatou-se por uma das líderes da comunidade que o quilombo possui 309 anos e que sua liderança permanece feminina desde o surgimento até os dias atuais. A coordenação atual é composta por nove mulheres e um homem. O quilombo é caracterizado por uma comunidade matriarcal, diferenciando das demais, majoritariamente patriarcais.

Atualmente é formada por 500 pessoas e o atendimento a saúde da população é feita pelo posto de saúde do bairro do Aurá, porém é precário e de difícil acesso, além das práticas prevalecerem mecanicistas, focando apenas no modelo biomédico, não levando em consideração a diversidade cultural do quilombo.

Na localidade há grande incidência nos casos de doenças crônicas, hipertensão e diabetes, onde é notória a falta de acesso aos serviços de saúde, primordialmente a inserção dos povos presentes na atenção primária. Além dessas problemáticas, existe próximo da comunidade o lixão do município de Marituba e do Aurá que levou a um grande aumento nos índices de asma e dermatite na população, além da contaminação da água que gerou expansão nas taxas de doenças parasitárias, mas essas condições ainda são tratadas com descaso pelo governo.

Programas de saúde voltados para as crianças funcionam de forma satisfatória, mas não existem outros voltados para os adolescentes, adultos e idosos, ainda que sejam os mais afetados por doenças crônicas, acidentes de trabalho (nos plantios de macaxeira, castanha, cupuaçu e hortas), picadas de cobra, entre outros.

Observou-se que devido à falta de acesso aos serviços de saúde, utiliza-se pelos moradores a medicina popular, uma vez que os mesmos plantam suas ervas e

as colhem para utilização em casos emergenciais, como: dores de barriga, cefaleia, menopausa, vômitos, diarreias, banhos de cabeça, banho de cheiro, entre outros.

Enfatizou-se uma problemática vivida por anos, que é a falta de comunicação e entendimento com os enfermeiros e médicos, onde os profissionais não entendem e aceitam a utilização desses métodos, visto que a cultura dentro da localidade é forte, são costumes e tradições passadas de geração a geração que aprazam a sua história e força, salientando em cada gesto as práticas enraizadas de seus povos.

5 | CONCLUSÃO

Após a visita e conversas com os moradores do quilombo do Abacatal, percebemos que a distância do Abacatal até o município de Belém-PA é um dos fatores que contribuem para a precariedade nos serviços de educação e saúde. Notou-se que os profissionais de saúde encarregados de prestar cuidados para essa população, por muitas vezes desmerecem a cultura dos mesmos, o que tende a prejudicar a comunicação paciente-profissional, gerando outro fator contribuinte para dificuldades na área de saúde dos quilombolas.

Capacitar o acadêmico e futuro profissional de enfermagem com metodologias educativas de fácil compreensão sobre o contexto histórico-social no qual o quilombo está inserido, se torna essencial para a assistência de enfermagem qualificada e eficaz, proporcionando retorno significativo durante a educação em saúde para os povos tradicionais e, por conseguinte, aprimorando a saúde local.

REFERÊNCIAS

ARRUTI, José Mauricio. **As comunidades negras rurais e suas terras: a disputa em torno de conceitos e números**. Rev Hist Ufes. v. 14, p. 243-69, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007.

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO, Edison. **O quilombo dos palmares**. 2.^a EDIÇÃO. São Paulo: Companhia editora nacional, 1958.

CHOR, Dóra. **Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, Jul 2013.

FRAGA, S. F. **Resistência e invisibilidade: um estudo sobre comunidades quilombolas e políticas públicas.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros. Minas Gerais, 2015.

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. **Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural.** Psicol. Soc., Belo Horizonte , v. 26, n. 1, p. 106-115, Abr. 2014 .

GUEDES, Ana Célia Barbosa. **Mulheres quilombolas e uso de plantas medicinais: práticas de cura em santa rita de barreira/pa.** 2018. 199f. Dissertação (mestrado em Planejamento do Desenvolvimento do Trópico Úmido)-Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

LEININGER, MM., MCFARLAND, MR. **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice.** Third Edition. McGraw-Hill Education / Medical, 2002.

MENESES, Ruth Cristini Torres de et al . **Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 132-139, Mar. 2015 .

MORAIS, Aisiane Cedraz. **O cuidado às crianças quilombolas no domicílio à luz da teoria transcultural de leininger.** 2013. 200f. Tese (doutorado em enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador 2013.

MONTICELLI, Marisa et al . **Aplicações da Teoria Transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado.** Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 220-228, jun. 2010 .

SILVA, Giselda Shirley da; SILVA, Vandeir José da. **Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no brasil.** Revista Mosaico, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. 2014.

SILVA, Ingrid Fabiane Santos da. **Representações sociais de mulheres quilombolas sobre o cuidado em saúde.** Dissertação (mestrado em enfermagem) -Universidade Federal do Amazonas, Belém, 2018.

SILVA, Maíra Domingues Bernardes; SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. **O cuidado materno no manejo da asma infantil contribuição da enfermagem transcultural.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 772-779, Dez. 2009 .

TORRES, Ruth Cristini et al. **A importância do autocuidado para a manutenção da saúde em comunidade quilombola de Sergipe.** Scientia Plena 14, 017501.2018.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. **Teóricas de enfermagem e a sua obra** (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência, 2005.

O PAPEL DO ENFERMEIRO E SEUS DESAFIOS FRENTE A HUMANIZAÇÃO AOS POVOS INDÍGENAS

Data de aceite: 20/05/2020

Anna Karla dos Santos Ribeiro

Graduanda de enfermagem
Faculdade Estácio Castanhal
Karlaanna00@gmail.com

Priscilla Correa Martins

Graduanda de enfermagem
Faculdade Estácio Castanhal
priscillamotamartins@icloud.com

Natália Nogueira

Graduanda de enfermagem
Faculdade Estácio Castanhal

Bruno José Gaspar da Silva

Professor, Faculdade Estácio Castanhal

Introdução: A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2000) determina que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Pode-se, então, inferir que a saúde deve ser levada, independentemente de cultura, credo ou cor, a toda a população brasileira. A população indígena nas aldeias, segundo a Fundação de Saúde (BRASIL, 2007), é distribuída em 24 estados, 432 municípios, 336 pólos-base, 4.413 aldeias, totalizando 615 terras indígenas. A população indígena

está concentrada em municípios pequenos da região amazônica, o que constitui um desafio para todos os programas do governo e sistemas de informação devido às carências infraestruturais e tecnológicas dessa região. O conceito de cultura tem uma longa história e sua origem é dada aos esforços da antropologia estudando e compreendendo os povos e seus costumes a como lhe dar em determinadas situações, principalmente no cuidado, atuar na atenção a saúde indígena em seu próprio habitat possui peculiaridades, o que dificulta o profissional de enfermagem em seu atendimento, esses desafios se encontram em uma abordagem totalmente divergente da zona urbana, o profissional precisa estar preparado para atuar na atenção básica voltada a saúde indígena e principalmente com conhecimentos tradicionais, trazendo as plantas medicinais como principal ferramenta em favor aos cuidados aos povos indígenas considerando a sua cultura, política e diversidade¹.

Muitos são os problemas que mantêm os índios em condições de vida insatisfatórias e sem o atendimento básico em saúde, essas barreiras existem devido às diferentes crenças, culturas e a falta de informações, levando a falta de interação entre a ciência tradicional

com os saberes dos índios. Entre os principais obstáculos apontam-se barreiras organizacionais, geográficas e culturais, incluindo meios de transporte, horário de funcionamento, recursos e limitações relativas à ausência ou incipiência de intérpretes culturais que permitam maior comunicação das etnias com os serviços de saúde (GOMES et al 2017). A enfermagem tem tido acesso á esses povos através de estratégias de saúde rente aos Agentes de Indígenas de Saúde (AIS) ou indígenas jovens¹ que auxiliam na busca, comunicação e interpretação entre o profissional enfermeiro e o indígena sendo necessário aprimoramento desse contato. As questões de higiene, limpeza do ambiente e questões de saneamento são os mais frequentes e são relacionados aos problemas de saúde . O Ministério de Saúde (MS) vem desenvolvendo ações em favor aos povos indígenas, incentivando de forma humanizada na atenção primária, com a Política Nacional de Atenção á Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que tem como finalidade garantir o acesso integral a saúde. A coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem como missão implementar um novo modelo de gestão e de atenção à saúde indígena, com autonomia administrativa, orçamentária e financeira. De acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) as práticas assistências são obedecidas de acordo com as peculiaridades dos indígenas, a grande carência nutricional principalmente em crianças mesmo tendo grande disponibilidade e variabilidade de alimentos e de nutrientes , diante dessas situações é indispensável compreender o processo saúde-doença de forma ampliada em que o profissional busque se atualizar e aprimorar seus conhecimentos. Para a Realidade dessas comunidades é exigido do enfermeiro critérios marcantes da sua formação como iniciativa, espírito de trabalho em equipe , resgate dos conhecimentos adquiridos dentro e fora da comunidade ressaltando um conhecimento interdisciplinar. A Amazônia e os povos indígenas é tema substancial desde as casernas mais nacionalistas até os pesquisadores mais preocupados com o futuro do nosso planeta, e a preocupação principal é a saúde e por isso exige critérios estendidos ao conhecimento para melhor atender e exercer em campo a população indígena.

Objetivo: Analisar os desafios e o papel do enfermeiro na sua atuação em relação às práticas de cuidados e sua abordagem na atenção primária, cujas raízes têm origem nas culturas indígena incidindo em (re)conhecer com mais consistência o universo do cuidado integral, criando assim estratégias para seu desenvolvimento, obtendo resultados satisfatórios. Será necessário que haja desconstrução de preconceitos no autocuidado, sobretudo por profissionais que atuam nos serviços da atenção básica à saúde. Tendo em vista contribuir para a identificação de barreiras socioculturais, sócio-organizacionais e geográficas enfrentadas pelo profissional e formas de se obter a quebra dessas barreiras.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, realizada a partir de artigos

científicos no ano 2014 a 2018 disponíveis no banco de dados da BVS. Foram lidos resumos e artigos na íntegra, tendo como critério de exclusão artigos que não tratavam dos “Desafios da enfermagem na humanização dos indígenas”. Foram encontrados 10 artigos relacionados à temática dos quais apenas 4 dentro dos critérios estabelecidos. **Resultados e discussão:** Quando se fala em profissão, vem-se à mente a ideia de vocação, que, de acordo com Ferreira (2000), está relacionada à tendência, talento e aptidão. A realização profissional muitas vezes está diretamente ligada à admiração, desejo e ao prazer pelo que se exerce, levando o profissional a seguir o caminho que lhe é apazível. Essas falas encontram ressonância com o relato de experiência de Marroni e Faro (2004) com a população indígena: O interesse em estudar os índios confunde-se com minha própria história de vida. Nasci e vivi onde existe a maior reserva indígena da tribo Kaingang. Cresci convivendo com aquelas pessoas ‘diferentes’, e perguntava-me porque eram diferentes, sem encontrar as respostas que me satisfizessem completamente. Saí do sul para estudar e trabalhar. Fiz especialização em Saúde Pública com a expectativa de poder desenvolver um trabalho junto a esta população. Comecei a trabalhar com os Índios, em um trabalho conjunto com a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e Fundação Nacional do Índio (FUNAI) (MARRONI; FARO, 2004, p. 2). O trabalho com as populações indígenas chega a ser atraente e digno de admiração por alguns, devido às suas peculiaridades, despertando, assim, o desejo, seja por afinidade, ou curiosidade pelo novo. Uma questão de oportunidade Além da vontade de se trabalhar com esse determinado grupo, há, também, casos em que a admiração prévia pode não existir, porém as oportunidades de emprego, quando ofertadas, são encaradas como novos desafios e chance de crescimento profissional. O índio, na sua singularidade étnicocultural, requer cuidados específicos e qualificados. Smeltzer e Bare (2005) afirmam que o cuidado de enfermagem deve ser culturalmente competente, apropriado e sensível às diferenças culturais. percebe-se que o enfermeiro não goza de um direito seu como componente da EMSI, que é a capacitação, que visa à mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas de saúde tradicionais de ambas as populações para exercer tal função, contrariando o disposto no relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: Caberá à Funasa prover as EMSI de conhecimentos antropológicos e culturais, por meios de cursos, palestras, oficinas, seminários, e encontros para qualificar a assistência aos usuários indígenas com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia (BRASIL, 2007, p. 131). Também, segundo Alencar (2006), a formação acadêmica deve promover uma verdadeira articulação entre a educação e os serviços de saúde, valorizando as relações existentes no cotidiano do trabalho. Porém, na realidade não é o que se vê, principalmente em respeito às populações indígenas. Sem capacitação, uma estratégia usada pelos enfermeiros foi buscar a

ajuda de quem já trabalha, ou trabalhou na área, como meio de se informar e se familiarizar com seu campo de atuação. Os enfermeiros empenham-se em aprender a respeito do trabalho com o indígena, seja por meio da literatura, pela prática diária ou com experiência de colegas, sendo comprovada, novamente, a necessidade de uma capacitação prévia dos profissionais para se trabalhar com o povo indígena, como bem determina o relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde indígena (BRASIL, 2007). Pode-se ratificar essa afirmação com o apresentado por Cosenza e Tosta (2004), em seu estudo com indígenas do Distrito Federal, quando lhes foi indagado sobre o atendimento recebido dos profissionais da saúde. As falas seguintes reafirmam a necessidade de priorização da educação continuada, com uma visão holística dos fatores determinantes do processo saúde-doença e qualificação profissional para esse grupo étnico: [...] uns índios disseram que necessitam de atendimento por profissionais capacitados e que deveria existir maior entendimento das diferenças culturais, alguns citaram que deveria haver intérpretes (COSENZA; TOSTA, 2004, p. 42). Leininger (1991), em sua teoria da enfermagem transcultural, discorre que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também, podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. A autora retirou da Antropologia o componente cultural, e da Enfermagem o componente cuidado. Segundo George (2000), o cuidado cultural é o meio complexo mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do cuidar visando a orientar a prática de cuidados de enfermagem. Observou-se na literatura analisada uma ampla discussão do tema saúde e humanização indígena em suas diversas esferas. Além disso unificando todas essas esferas em uma problemática, assim como o desconhecimento sobre a cultura e o comportamento indígena salientamos como fator limitante deste estudo a falta de interlocução com os mesmos haja vista que é um processo que além de complexo, existe um elevado nível de omissão por parte desses profissionais em que um dos fatores contribuintes para tal ação é o acesso e a adaptação com o meio em que os indígenas estão inseridos. Analisa-se que junto aos obstáculos encontrados pelos profissionais, mais difícil ainda é levar o paciente indígena a unidade de saúde, onde o fator "desconfiança" é tido como o principal bloqueio entre os agentes.

Considerações finais: Este presente estudo permitiu avaliar o processo de assistência de enfermagem aos povos indígenas na atenção primária, visando os desafios e papel encontrados por esses profissionais, considerando principalmente os fatores culturais, sociais e geográficos e validando os conhecimentos necessários para a promoção em saúde. A enfermagem, no contexto da saúde indígena, não mede esforços para prover os cuidados, vencendo barreiras étnicas, culturais, geográficas, linguísticas e de comunicação, que se constituem, muitas vezes, como desafios para

prover os cuidados. demonstraram que há um número relevante de dificuldades encontradas por esses profissionais em atender uma população tão peculiar. Por meio dos resultados, pôde-se constatar, também, que, não bastassem os obstáculos já citados, outra dificuldade sentida pelos enfermeiros é a falta de capacitação prévia. A ausência desse preparo proporciona ao profissional um sentimento de insegurança referente à assistência que deverá prestar. Observa-se que, apesar de existirem políticas e programas que pareçam ter aumentado o acesso do indígena à assistência e ações preventivas de saúde não estão sendo implementados como previsto, como evidenciaram as falas dos entrevistados, por meio das dificuldades encontradas durante a assistência, que vão além do fator cultural. Vê-se, então, a real necessidade de realização de capacitação prévia, e educação constante ao enfermeiro que destinará seu cuidado ao indígena, sendo esses fatores relevantes, no que diz respeito à qualificação da assistência, para que ele seja, então, competente, em relação a aspectos culturais, embasados em conhecimentos antropológicos. Contudo, pode-se concluir, então, que, apesar de todas as dificuldades, a enfermagem mostra-se presente e atuante, disposta a reaprender o cuidar, tornando este moldável para atender às peculiaridades e especificidades do homem índio, e para destiná-lo a público tão necessitado de saúde e merecedor desse cuidar, como qualquer outro, de forma eficaz e suficiente. Espera-se que este estudo sirva a reflexões acerca da assistência a esse povo – o indígena –, assistência que deve ser de qualidade, atendendo às peculiaridades indígenas. Espera-se, também, que outros estudos sejam feitos abordando a temática desta pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Indígenas, desafios, enfermeiro

PANORAMA DA SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 05/02/2020

Samuel Barroso Rodrigues

Universidade de Itaúna

Itaúna-MG

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9832-5510>

Danielle de Souza Campos Rodrigues

Universidade de Itaúna

Itaúna - MG

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7328206311707764>

Rafaela Diniz Carvalho

Universidade de Itaúna

Itaúna-MG

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1674-3282>.

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi investigar os estudos recentes acerca da saúde mental dos graduandos do curso de Enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre os meses de março a novembro de 2019. A busca ocorreu nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BVS e Pubmed. Foram identificados 8 artigos pertinentes ao tema, cuja maioria foi de origem internacional ($n = 7$; 87,5 %). A partir da análise de conteúdo foram identificadas em três categorias de acordo com a afinidade temática: 1) Desencadeadores de estresse/perturbação mental dos estudantes; 2)

Estratégias de enfrentamento do estresse acadêmico e 3) Consequências do estresse acadêmico. Os estudos mostraram que há uma grande prevalência de transtornos mentais em estudantes de graduação e, dentre os cursos, o de enfermagem tem sido considerado como um dos mais exaustivos. É fundamental que as instituições de ensino superior se mobilizem frente a esta clientela, criem estratégias de enfrentamento, realizem acolhimento aos ingressantes. A detecção e o tratamento precoce dos transtornos mentais podem minimizar os riscos e a prevalência desses indicadores entre esse grupo.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental; bacharelado em Enfermagem; transtornos relacionados a trauma; fatores de estresse.

NURSING STUDENT MENTAL HEALTH OVERVIEW: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The objective of this work was to investigate recent studies on the mental health of undergraduate nursing students. This is an integrative literature review, conducted from March to November. The search took place in the MEDLINE, LILACS, VHL and Pubmed databases. Eight relevant articles were identified, most of them of international origin ($n = 7$; 87.5%). From the content analysis were

identified in three categories according to thematic affinity: 1) Triggers of stress / mental disturbance of students; 2) Strategies for coping with academic stress and 3) Consequences of academic stress. Studies have shown that there is a high prevalence of mental disorders in undergraduate students and, among the courses, nursing has been considered as one of the most exhaustive. It is essential that higher education institutions are mobilized in front of this clientele, create coping strategies, host newcomers. Early detection and treatment of mental disorders can minimize the risks and prevalence of these indicators among this group.

KEYWORDS: mental health; Bachelor of Nursing; trauma-related disorders; stress factors.

1 | INTRODUÇÃO

O Sofrimento Mental (SM) é um estado transitório, leve e que geralmente não chega a comprometer o desempenho do indivíduo na vida, enquanto o Transtorno Mental (TM) corresponde a um conjunto de alterações no funcionamento da mente que prejudicam o desempenho do indivíduo em diversos contextos, como familiar, social, trabalho, estudos, na compreensão de si e dos outros (DSM V, 2013).

Os TM's envolvem alterações de autocrítica, tolerância aos problemas e na possibilidade de sentir prazer na vida do sujeito, podendo causar mais sofrimento e incapacidade do que qualquer outro tipo de doença (DSM V, 2013).

Epidemiologicamente os TM's constituem-se em um problema de saúde pública, uma vez que cerca de 300 milhões de indivíduos em todo o mundo são acometidos por depressão e 50 milhões sofrem com a demência. A esquizofrenia atinge 23 milhões e o distúrbio bipolar 60 milhões (OMS, 2018). Diante desse fenômeno sabe-se que a população mais acometida com TM são os jovens, incluindo adolescentes e adultos, sobretudo universitários. Metade de todos os transtornos mentais começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não são detectados e tratados. Em termos de carga de doenças entre adolescentes, a depressão é a terceira principal causa sendo o suicídio apontado como a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos (OMS, 2018).

Literaturas nacionais e internacionais fazem alerta quanto à saúde mental da população universitária, constando que a mesma está cada vez mais susceptível ao desenvolvimento de alguns transtornos mentais, como depressão e transtornos de ansiedade, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e fobias (ALMEIDA et al, 2002).

Diante disso, a Saúde Mental dos estudantes universitários tem despertado atenção devido ao aumento da prevalência e gravidade de transtornos mentais nessa população. A vida universitária traz consigo características singulares e

específicas como a sobrecarga de atividades e de responsabilidades frente à vida futura que requer a prestação de assistência e do cuidado além do fato de muitas vezes lidarem diretamente com situações de vida e morte.

Durante a graduação os estudantes geralmente passam por grandes mudanças e exigências de aspecto social que exigem um preparo emocional para adequação, uma vez que durante o curso podem passar por cobranças no próprio curso ou relacionadas ao sucesso da profissão escolhida. Os transtornos mentais no contexto universitário são problemas emergentes e preocupam pela sua prevalência e por seus efeitos nocivos à saúde dos estudantes (LIMA, 2013).

Os estudantes de enfermagem se tornam muitas vezes vulneráveis por viverem entre o racional e o emocional, trabalhar com a fragilidade humana, o que pode acarretar o desenvolvimento de sentimentos de tristeza, negação, angústia, medo, dúvida, ansiedade, sensação de incapacidade. Ademais a sensação de aumento de responsabilidade, dificuldades financeiras e sociais, lidar com o afastamento de amigos e círculo familiar e a pressão do ambiente acadêmico são fatores que podem fomentar no desenvolvimento de sofrimento e transtornos mentais (YOSETAKE et al, 2018).

É certo que graduandos de outros cursos da área de saúde também estão sujeitos a este tipo de sofrimento. No entanto, a escolha neste trabalho de se investigar a saúde mental de estudantes de enfermagem, especificamente, se deu por se tratar de uma população que muitas vezes é vista como adjacente ou subalterna a outras profissões, seja por questões de caráter cultural ou social, que se restringe a visões mercadológicas do século XXI.

Em alguns casos, o que se percebe é que existem pesquisas nesta área, mas o enfoque geralmente se restringe a investigar a saúde mental dos estudantes de forma generalista e pulverizada, ou seja, sem especificar as peculiaridades do curso. Junto a isso, o estigma e o preconceito frente às atribuições do enfermeiro, muitas vezes relacionados à comparação de suas atribuições a outras profissões aliado à incerteza acerca da vida profissional futura são fatores que podem reforçar ainda mais o estressor e desencadear de sofrimentos e transtornos nos estudantes que a elegeram como profissão. Nessa perspectiva, este estudo objetivou realizar um levantamento dos estudos sobre a saúde mental dos graduandos do curso de enfermagem por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para isso elegeu-se a seguinte pergunta norteadora: “Como se apresenta o panorama da saúde mental dos estudantes de bacharelado em Enfermagem ao longo da graduação”?

2 | METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada entre os meses de março

a novembro de 2019 pautada no seguinte percurso metodológico: 1) Definição da pergunta norteadora; 2) delimitação dos descritores, e palavras-chave; 3) definição dos operadores booleanos e dos cruzamentos; 4) escolha das bases de dados; 5) Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 6) Leitura de títulos e resumos dos artigos encontrados nos cruzamentos; 7) Seleção dos artigos mais pertinentes e 8) Elaboração dos fichamentos dos artigos selecionados (SOARES et al, 2014).

Foram utilizados os descritores em português: Saúde mental; Enfermagem; Bacharelado em Enfermagem; Estresse Fisiológico; Estresse Psicológico; Transtornos Relacionados a Trauma e Fatores de Estresse. Descritores em inglês: *Health mental; Education, Nursing, Baccalaureate; Stress, Physiological; Stress, Psychological; Trauma and Stressor Related Disorders, Suicide*, permutados entre si com os mecanismos booleanos AND e OR.

A busca ocorreu nas bases de dados MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed. A questão norteadora para a pesquisa foi elaborada por meio da estratégia PICOT, no qual cada letra possui um significado: P (população): em quem, em quais pessoas foi realizada essa intervenção; I (intervenção) como foi feita essa intervenção; C (controle) se essa intervenção pode ser comparada a outros tipos de intervenção; O (*outcomes*) quais os efeitos causados pela intervenção e como afetou; T (tempo) período observado (STILLWELL et al, 2010).

Diante disso, foi realizada a seguinte pergunta norteadora: *“Qual a qualidade da saúde mental dos estudantes de bacharelado em Enfermagem ao longo da graduação?”*

Os critérios de inclusão foram artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, nas línguas português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura, os duplicados e aqueles que abordaram temas tangenciais ao objeto de estudo. Também foram excluídos os que mencionaram a saúde mental dos estudantes somente após terem concluído a graduação ou que se restringiram a investigar a sobre a saúde mental de estudantes de outros cursos da área de saúde.

As buscas foram realizadas por três pesquisadores independentes visando eliminar os vieses e, em seguida, os resultados foram confrontados entre si. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos aqueles que não atenderam à pergunta norteadora e procedeu-se à leitura sistemática e análise de conteúdo dos artigos pertinentes, tendo sido alocados em categorias em comum por afinidade de tema.

3 | RESULTADOS

Foram encontrados na primeira busca um total de 111 artigos, sendo que, após a leitura dos títulos e resumos um quantitativo de 8 manuscritos atenderam aos requisitos pré-estabelecidos. A maioria dos achados foram encontrados em revistas internacionais ($n = 7$; 87,5 %) e a minoria em ($n = 1$; 12,5%) em revista nacional. Os resultados foram compilados e dispostos em uma tabela a fim de se otimizar a análise temática por afinidade de conteúdo.

A partir da análise sistemática dos artigos encontrados no refinamento final, estes foram dispostos em três categorias específicas identificadas de acordo com a afinidade de tema, a saber: 1) Desencadeadores de estresse/perturbação mental dos estudantes; 2) Estratégias de enfrentamento do estresse acadêmico; e 3) Consequências do estresse acadêmico.

4 | DISCUSSÃO

Nota-se a importância de se examinar a saúde mental dos Estudantes de enfermagem, visto que a maioria dos TM's ocorrem durante a graduação (CHEUNG et al, 2016). Entre os cursos, o de enfermagem tem sido considerado como um dos mais exaustivos, os estudantes são frequentemente confrontados com situações estressantes que afetam seu desempenho acadêmico (PEDRO et al, 2017).

Corroborando esta ideia, é importante salientar que em alguns casos a graduação em enfermagem culturalmente é vista pela sociedade como uma má escolha dos estudantes. Em algumas ocasiões os estudantes que optam por ingressar nesta profissão são vistos como indivíduos frustrados e que acabaram elegendo esta formação por não terem tido alternativa ou serem incapazes de seguirem outra graduação. Em muitas sociedades a Enfermagem é geralmente definida como a ciência do cuidado, simbolizada pela imagem de um paciente idoso de mãos dadas ou uma enfermeira sorridente. Muitas vezes é encarada como uma profissão que se restringe ao amor e à abnegação, fazendo da enfermagem uma lide pessoal e não uma profissão (TELLEZ et al, 2013).

O conceito de superioridade moral em nossa história explica muito desse fenômeno, uma vez que muitas mulheres em décadas passadas apenas podiam trabalhar fora se o tipo de trabalho escolhido tivesse uma natureza virtuosa. Essa perspectiva, por sua vez, acabou interferindo na concepção da sociedade atual frente à enfermagem, uma vez que um aspirante à profissão muitas vezes é tido como alguém que possui o dom de cuidar, ou seja, sua escolha remete à uma obra de Deus, e não porque ele seria capaz de ter habilidades pautadas aprimoradas pelo seu intelecto (TELLEZ et al, 2013).

Esta conotação errônea pode ser um dos fatores que contribuem para o aumento do estresse na vida acadêmica, uma vez que a não identificação com a profissão pode ser alimentada por uma necessidade de dar respostas à sociedade acerca de suas escolhas. Aliado às dificuldades do curso, tais fatores podem influenciar negativamente a saúde mental destes estudantes.

No entanto, a evolução dessa concepção apenas se tornará viável mediante uma mudança a nível das organizações sociais e culturais. Por ser um problema de base fenomenológica, é importante sempre que este profissional aprimore seus conhecimentos em sua prática a fim de que tenha mais segurança na tomada de decisões e seja visto, gradativamente, não apenas como um potencial indivíduo gerenciador do cuidado, mas também capaz de se atualizar para deter habilidades promotoras da melhoria da saúde dos indivíduos que assiste (BURESH e GORDON, 2006).

Por outro lado, no que se refere à entrada dos estudantes na vida acadêmica, estudos sinalizam que este período representa sensações de satisfação e de grande relevância pessoal, pois denota a realização de um sonho de se tornar um enfermeiro. Porém, mesmo que instigado pela busca da formação acadêmica, o estudante ainda assim pode não estar preparado para enfrentar esse desafio devido a dificuldades que pode encontrar durante o trajeto da graduação, como a adaptação ao curso, relações sociais, estressores e questões emocionais (OLIVEIRA e MORAIS, 2015).

Além disso, os estudantes de enfermagem, especificamente, muitas vezes são vulneráveis a experimentar diferentes tipos de estresse, principalmente pela consequência de lidar diretamente com pessoas doentes, com a vida e a morte. Soma-se a este fator o crescente volume de informações resultante de aulas teóricas e práticas e o nível de exigência do curso podem ser fatores predisponentes a um desequilíbrio emocional.

Estudo de Evangelista e colaboradores (2017) as pressões acadêmicas, incluindo a administração do tempo para conciliar os momentos de estudo e preparação para provas com os períodos de lazer são fatores que interferem de forma impactante na vida do graduando.

Nessa conjuntura, altos níveis de estresse nos estudantes de enfermagem acabam afetando a memória, a concentração, a motivação e a capacidade de resolver problemas, abrindo caminho para a diminuição da aprendizagem, adaptação e desempenho acadêmico (CERÓN, 2015).

Percebe-se, portanto, que a grande sobrecarga de atividades, geralmente atrelada a um período da vida em que se torna imperativa a tomada de decisões pelo curso natural da vida adulta acarreta em um desequilíbrio emocional em muitos acadêmicos do curso. Além disso, o estresse, a ansiedade, a ausência das redes de apoio ou a carência de atividades lúdicas e recreacionais dentro das instituições

acaba impactando negativamente a vida dos estudantes e, consequentemente, o seu desempenho acadêmico.

Neste sentido, as taxas de autoextermínio acabam se tornando crescentes. Estudo de Heyman e colaboradores (2015) evidenciou que as crescentes taxas de suicídio e o impacto na vida dos graduandos de enfermagem mostram a necessidade de uma educação contínua para que o estudantes consigam estabelecer o enfrentamento diante o suicídio.

Os resultados encontrados nesta revisão de literatura também sinalizaram que o *bullying* se configura como um importante desencadeador de TM's na enfermagem em seus contextos acadêmicos. Muitas vezes atitudes preconceituosas e negativas frente a estes indivíduos são negligenciadas pelos educadores universidade, indo na via contrária daquilo que se espera, uma vez que deveriam ter a responsabilidade de auxiliar no enfrentamento dessas práticas (COURTNEY-PRATT et al, 2018).

No estudo supracitado, os estudantes de enfermagem sujeitos ao *bullying* relataram uma série de consequências negativas de natureza psicológica, emocional, física, profissional e/ou espiritual. As sensações negativas incluíram desgaste mental, ansiedade, depressão, redução da autoestima, doença, baixa frequência acadêmica e baixo desempenho clínico (COURTNEY-PRATT et al, 2018).

Portanto, o *bullying* no ambiente acadêmico pode ter implicações duradouras e influenciar os papéis profissionais e a vida pessoal dos alunos e, tanto o professor quanto a universidade possuem papel de grande relevância no auxílio deste enfrentamento (COURTNEY-PRATT et al, 2018).

Pesquisas mostram também a importância de intervenções para melhorar a resiliência dos graduandos de enfermagem. Observaram que a baixa autoestima entre os estudantes leva a um maior desgaste e níveis de depressão, sendo o desgaste mental um resultado do estresse, gerado no decorrer do curso. Os alunos capazes de superar as adversidades e o estresse se baseiam, muitas vezes, em sua autoeficácia e resiliência à medida que progredem no curso (SAMPAIO et al, 2015).

Diante desse problema, reforça-se a necessidade de engajamento das instituições de ensino para atentar-se às possíveis manifestações de bullying. É necessário também que as universidades se mobilizem a fim de identificarem os possíveis casos de depressão e ideação/tentativas de autoextermínio a fim de serem elaboradas estratégias eficazes para tentar revertê-las (HEYMAN e WEBSTER, 2015).

Diante do exposto, os estudos encontrados sinalizam a necessidade de maior aprofundamento teórico acerca deste objeto de estudo, ou seja, a saúde mental dos estudantes de enfermagem. Percebe-se que muitos trabalhos se destinam a reportar acerca da saúde mental de estudantes da área de saúde como um todo, de forma generalista, sem especificamente focarem na qualidade de vida dos acadêmicos de

enfermagem.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo propôs descrever como se apresenta a saúde mental dos estudantes universitários. Percebe-se que há uma grande prevalência de TM's em estudantes de graduação e, entre os cursos, o de enfermagem tem sido considerado como um dos mais exaustivos, o que causa um impacto na qualidade de vida e de formação de profissionais de saúde, que estarão ligados às práticas de cuidado e ao processo saúde-doença.

É fundamental que as instituições de ensino superior se mobilizem frente a esta clientela e criem estratégias de enfrentamento junto de seus alunos com vistas a inclusão da família de forma contínua e participativa para oferecimento de escuta. Aos professores e demais funcionários, é imperativa a necessidade de também se mobilizarem a fim de se atentar continuamente às possíveis variações de comportamentos de seus alunos e que sejam trabalhada a perspectiva de humanização do ensino dentro das universidades, desvinculando-se do modelo tradicional de ensino onde o professor é visto como detentor do conhecimento e da razão.

No entanto, a ausência da abordagem da saúde mental nas universidades, sobretudo no que se refere ao suicídio na graduação em enfermagem se dá, muitas vezes, pela insegurança profissional enfrentadas por alunos e professores para lidar com o indivíduo que está em situação de risco para o suicídio.

Evidencia-se a importância do acolhimento aos ingressantes, por meio de atividades lúdicas, rodas de conversas, com a finalidade de esclarecer dúvidas em relação à futura profissão e as demandas acadêmicas. A detecção e o tratamento precoce de TMs, pode minimizar os riscos e a prevalência desses indicadores entre esse grupo. Como limitações, o fato de terem sido encontrados poucos estudos que abordam a saúde mental dos estudantes de enfermagem possibilitou uma discussão não aprofundada dos achados. Por outro lado, o quantitativo encontrado reforça ainda mais a necessidade de se desenvolverem mais investigações nesta área, especificamente voltadas a esta clientela. As peculiaridades de cada graduação incitam sensações e comportamentos únicos a cada estudante e devem, por isso, serem analisadas de forma mais aprofundada, a fim de que medidas mais efetivas sejam implementadas junto às universidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Leandro S.; SOARES, Ana Paula C.; FERREIRA, Joaquim Armando. **Questionário de**

Vivências Acadêmicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 81-93, nov. 2002. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712002000200002&lng=pt&nrm=iso>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V).** Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BURESH, B; GORDON, S. **From Silence to voice: What nurses know and must communicate to the public.** [Internet]. 2ª edition, New York: Cornell University Press, 2006. Available from: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=books>

CERON MACKAY, María Consuelo et al. **Impacto da mudança de malha curricular na percepção do ambiente educacional em alunos de enfermagem.** Invest. educ. enferm, Medellín, v. 33, n. 1, p. 63-72, Apr. 2015. Available from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-3072015000100008&lng=en&nrm=iso

CHEUNG, T., WONG, S.Y., WONG, K.Y., LAW, L.Y., Ng, K., TONG, M.T., Ng, M.Y. & Yip, P.S. **Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: A cross-sectional study.** International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 13, p. 779, 2016.

COURTNEY-PRATT H, PICH J, LEVETT-JONES T, MOXEY A. **“I was yelled at, intimidated and treated unfairly”: nursing students’ experiences of being bullied in clinical and academic settings.** J Clin Nurs, v. 27, n 5-6, pp.e903-e912, 2018.

EVANGELISTA K, MACABASAG R, CAPILI B, et al. **Effects of classical background music on stress, anxiety, and knowledge of filipino baccalaureate nursing students.** Int J Nurs Educ Scholarsh. v.14, n1, pp. 44-145, Out. 2017.

HEYMAN I, WEBSTER B, S. TS. **Curriculum development through understanding the student nurse experience of suicide intervention education: a phenomenographic study.** Nurse Educ Pract. v.15, n.6, pp 498-506, 2015.

LIMA R. **Os suicídios e a universidade produtivista.** Rev Esp Acad. v. 13, n.149.pp 78-86, 2013.

OMS. **Organização Mundial da Saúde.** [Online].; 2018. Available from: >https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839” https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839<

OLIVEIRA REC, MORAIS A. **Vivências acadêmicas e adaptação de estudantes de uma universidade pública federal do Estado do Paraná.** Revista de Educação Pública, v.24, n 5, pp. 547-568, 2015.

PEDRO CMP, MAGNAGO TSBS, MARCONATO CS, et al. **Distúrbios psíquicos menores em estudantes de graduação em enfermagem: estudo transversal.** Rev Enferm UFSM. v., n.4, pp. 629-642. 2017.

SAMPAIO JMC, SANTOS GV, OLIVEIRA WA, et al. **Prevalência de bullying e emoções de estudantes envolvidos.** Texto e Contexto – Enferm. v.24, n2, pp. 344-352, 2015.

SOARES CB, HOGA LAK, PEDUZZI M, et al. **Integrative review: concepts and methods used in nursing.** Rev. esc. enferm. USP [Internet].v.48, n.2,pp. 335-345, 2014.

STILLWELL S, FINEOUT-OVERHOLT E, MELNYK B, et al. **Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence.** Am J Nurs, v.110, n 5,pp. 41-7, 2010.

TELLEZ M. **Você é tão inteligente!: por que não estudou medicina?** Rev. esc. enferm. USP. v.47, n.1,pp. 9-10, 2013.

YOSETAKE AL, CAMARGO IML, LUCHESI LB, et al. **Estresse percebido em graduandos de enfermagem.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.). v.14, n 2, pp. 117-124, 2018.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VITÓRIA, ES

Data de aceite: 20/05/2020

Data da Submissão: 10/02/2020

Magda Ribeiro de Castro

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória – ES.
Enfermeira do Trabalho pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
<http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

Crystiane Demuner Moraes

Enfermeira egressa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo.
Vitória - ES

Carolina Falcão Ximenes

Enfermeira. Prof^a. do curso de enfermagem da Faveni - Faculdade Venda Nova do Imigrante e doutoranda no Departamento de Ciências Fisiológicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal do Espírito Santo.
Vitória - ES
<http://lattes.cnpq.br/3613329548109549>

Gustavo Costa

Enfermeiro. Doutorando no Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória - ES
<http://lattes.cnpq.br/1565084255418826>

Maria Lucia Costa de Moura

Enfermeira. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Santa Úrsula
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/9567448441307792>

RESUMO: Introdução: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, visando conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem acerca das exposições ocupacionais aos quais submetem-se durante a jornada laboral no Hospital Universitário. **Objetivos:** elaborar um perfil da equipe de enfermagem estudada e conhecer a percepção desses profissionais frente aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos. **Metodologia:** participaram deste estudo quinze trabalhadores da equipe de enfermagem, estando divididos em dois setores: nove integrando a equipe da Clínica Cirúrgica e seis da Urologia, correspondendo aproximadamente a 69% da equipe da Clínica Cirúrgica e 50% da Urologia, na ocasião da coleta de dados. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado. **Resultados:** por meio da análise de conteúdo, vislumbrou-se que o principal risco ocupacional percebido pela equipe de enfermagem estudada foi o risco

biológico expressivamente correlacionado ao material perfurocortante, seguido do risco de acidente, e, em menor proporção, os participantes mencionaram os riscos químico, ergonômico e físico. **Conclusão:** Evidenciou-se que o risco biológico foi o mais evidenciado pela equipe estudada estando fortemente associado ao material perfurocortante. Os enfermeiros perceberam também os riscos de acidente, porém, acredita-se que a identificação de forma geral, desses dois riscos ocupacionais, seja um dado preocupante uma vez que o enfermeiro possui papel de educador junto à sua equipe, tendo com isso, o dever de instrumentalizá-la, planejando, organizando, coordenando e avaliando a assistência. Assim, a percepção dos demais riscos ocupacionais deveria ter sido igualmente identificada, uma vez que eles existem e (co)existem na assistência à saúde nos setores estudados. Conclui-se também que as instituições de ensino de nível médio e superior devem abordar de forma mais enfática a temática dos riscos ocupacionais com vistas à promoção da saúde do trabalhador e prevenção de agravos no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: risco ocupacional, saúde do trabalhador, enfermagem.

PERCEPTION OF THE NURSING TEAM IN FRONT OF OCCUPATIONAL RISKS IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN VITÓRIA, ES

ABSTRACT: Introduction: Descriptive study, with a qualitative approach, aiming to know the perceptions of nursing professionals about the occupational exposures to which they undergo during the working day at the University Hospital. Objectives: to elaborate a profile of the studied nursing team and to know the perception of these professionals regarding the occupational risks to which they are exposed. **Methodology:** fifteen nursing team workers participated in this study, divided into two sectors: nine on the Surgical Clinic team and six on Urology, corresponding to approximately 69% of the Surgical Clinic team and 50% of Urology, at the time of collection of data. The data collection instrument was a semi-structured interview script. Results: through content analysis, it was seen that the main occupational risk perceived by the studied nursing team was the biological risk expressively correlated to the sharps, followed by the risk of accident, and, to a lesser extent, the participants mentioned the risks chemical, ergonomic and physical. **Conclusion:** It was evidenced that the biological risk was the most evidenced by the studied team, being strongly associated with the sharp material. Nurses also perceived the risks of an accident, however, it is believed that the general identification of these two occupational risks is a worrying fact since the nurse has the role of educator with his team, thus having the duty instrumentalize it, planning, organizing, coordinating and evaluating assistance. Thus, the perception of other occupational risks should have been equally identified, since they exist and (co) exist in health care in the sectors studied. It is also concluded

that the institutions of secondary and higher education should approach the theme of occupational risks more emphatically with a view to promoting workers' health and preventing injuries at work.

KEYWORDS: occupational risk, worker health, nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O estudo em tela aborda um tema que precisa ser discutido visando um melhor entendimento acerca das exposições ocupacionais aos quais os trabalhadores de enfermagem submetem-se durante a jornada laboral. Nesse sentido, faz-se necessário discutir os riscos ocupacionais vislumbrando seu controle e/ou redução da exposição propiciando bem estar e segurança ao trabalhador. No entanto, para atingir esse objetivo, é imprescindível que os trabalhadores da enfermagem identifiquem tais riscos e seus efeitos em sua saúde visando à prevenção de danos.

Nesta perspectiva, objetivou-se elaborar um perfil da equipe de enfermagem estudada e conhecer a percepção desta equipe frente aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos.

Sabe-se que os riscos são passíveis de prevenção e para tal faz-se necessário o reconhecimento dos mesmos (SILVA; QUEIROZ; FREITAS; FARIAS, 2011), sendo fundamental entender sua classificação em físicos, químicos, psíquicos, mecânicos e biológicos (LORO; ZEITOUNE, 2017) ou ainda compreender que sua classificação pode ser dividida didaticamente em cinco grandes grupos: Riscos Físicos, Químicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes (MAURO, 2004).

Nesse tocante, destacam-se as Normas Regulamentadoras (NR) do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1978) números 5 e 9 que abordam esses riscos, sendo que a NR 9 considera como riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

Segundo esta NR, os riscos físicos são classificados como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes. Entretanto, os riscos químicos são considerados como substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Considera-se ainda como riscos biológicos as bactérias, fungos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (BRASIL, 1978).

Ressalta-se que a classificação dos riscos mencionados anteriormente coaduna com a classificação proposta na NR 5, que acrescenta que os riscos ergonômicos

reúnem: esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho noturno, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade, além de outras situações causadoras de estresse físico e/ou psíquico (ARAÚJO, 2013).

Acerca dos riscos de acidentes, igualmente abordados na NR 5, Araújo (2013) destaca que estes envolvem fatores que podem ameaçar a integridade física do trabalhador, agrupando: arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, iluminação inadequada, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes.

Assim, verifica-se que a equipe de enfermagem encontra-se exposta constantemente aos variados riscos ocupacionais acima descritos (KAISER, 2018) justificando a relevância do presente estudo.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo que objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2010), delineado como estudo de campo que consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente (LAKATOS, 2017).

Utilizou-se a abordagem qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivos e aspirações correspondendo aos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013).

O cenário deste estudo foi o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), situado no bairro de Maruípe no município de Vitória – ES. O HUCAM oferece atendimentos de alta complexidade, funcionando como instituição assistencial, hospital-escola, campo de pesquisa e ensino para os alunos da Universidade Federal do Espírito Santo e para alunos de nível superior e médio em diversas formações na área da saúde (FUCAM, 2015).

Optou-se por desenvolver esta pesquisa com a equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica e da Urologia por serem setores que assistem indivíduos em períodos de pré e pós-operatório, e, a escolha pelo grupo profissional deu-se em virtude desta equipe permanecer em contato ininterrupto com os pacientes (DORIGAN, 2018).

Evidenciou-se que a equipe de enfermagem dos setores escolhidos é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforme preconiza a Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986).

Desse modo, constituíram sujeitos deste estudo nove trabalhadores da equipe de

enfermagem da Clínica Cirúrgica e seis da Urologia, totalizando quinze participantes, correspondendo aproximadamente a 69% da equipe da Clínica Cirúrgica e 50% da Urologia, na ocasião da coleta de dados.

Utilizou-se como critérios de inclusão: pertencer à equipe de enfermagem do HUCAM dos setores estudados, compor a equipe do plantão diurno e aceitar participar voluntariamente da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista por constituir-se o encontro entre duas pessoas capaz de obter informações a respeito de determinado assunto (LAKATOS, 2017).

Além disso, a entrevista permite averiguar fatos, determinar as opiniões sobre os mesmos, determinar os sentimentos, descobrir os planos de ação, inferir a conduta atual ou do passado e os motivos conscientes para as opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas (LAKATOS, 2017).

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos profissionais, sendo transcritas e os resultados tratados, codificados e categorizados, conforme análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

Ressalta-se que os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram assegurados e que os sujeitos assinaram o TCLE, sendo assegurados aos mesmos os esclarecimentos necessários à sua participação, havendo garantia de sigilo através da adoção de códigos (BRASIL, 2012). Desse modo, adotou-se a letra E para o (a) Enfermeiro (a); para Técnico (a) de Enfermagem, as letras TE e para Auxiliar de Enfermagem, as letras AE, seguido pelo número da ordem da entrevista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização do Perfil da Equipe de Enfermagem Estudada

Através da coleta de dados foi possível caracterizar o perfil da equipe de enfermagem destacando as variáveis: sexo, idade, tempo de serviço e escolaridade, evidenciando a predominância do sexo feminino nos dois setores coadunando com Loro e Zeitoune (2017) que identificaram em seu estudo que a enfermagem é exercida predominantemente por mulheres.

Em relação à idade, houve uma diversidade, tendo o funcionário mais novo 27 anos em ambos os setores e as maiores idades foram 51 e 61 anos em trabalhadores lotados na Urologia e na Clínica Cirúrgica respectivamente. A média de idade dos participantes ficou em torno de 38 anos.

O tempo de serviço também foi um dado heterogêneo, evidenciando uma variação média de 4 a 7 anos de serviço na assistência de enfermagem na Urologia e na Clínica Cirúrgica respectivamente. Este dado nos permite inferir que com esse tempo de serviço, os trabalhadores deveriam ter conhecimento solidificado sobre os riscos aos quais estão expostos no seu dia-a-dia, tendo condições para identificá-los e assumir condutas de prevenção visando sua segurança física e psicológica.

No que tange à escolaridade, observou-se que na Clínica Cirúrgica 3 funcionários completaram o Segundo Grau, 3 possuem ensino Superior Incompleto e 3 completaram o ensino Superior, sendo que destes, 2 possuem pós-graduação. Na Urologia, evidenciou-se que 1 funcionário completou o Primeiro Grau, 3 completaram o Segundo Grau, 1 possui ensino Superior Incompleto e 1 completou o ensino Superior. Desse modo, tais dados permitem inferir que a equipe de enfermagem da Clínica Cirúrgica apresentou um nível de escolaridade superior ao da equipe de enfermagem da Urologia, na ocasião da coleta de dados.

3.2 Percepção da Equipe de Enfermagem Frente ao Risco Ocupacional na Clínica Cirúrgica e Urologia

Ao aplicar a metodologia proposta foi possível conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos no ambiente laboral.

Destaca-se que nesta categoria de análise, os dados serão tratados sem descrição dos setores ao qual o trabalhador encontrava-se vinculado, a fim de preservar a identidade dos participantes.

Ao analisar as entrevistas, evidenciou-se que o principal risco ocupacional percebido pela equipe de enfermagem estudada, foi o risco biológico seguido do risco de acidente, e, em menor proporção foram mencionados os riscos químico, ergonômico e físico.

3.3 Risco Biológico: o Mais Evidenciado Pela Equipe de Enfermagem

Ao indagar a percepção acerca do (s) risco (s) em seu ambiente laboral, constatou-se que o risco biológico esteve presente nas narrativas dos participantes de forma notória, sendo enfatizado por 12 entrevistados, equivalendo a 80 % dos sujeitos.

Observou-se igualmente que alguns profissionais da enfermagem correlacionaram o risco biológico ao material perfurocortante, ao contato com secreções e a infecção propriamente dita, conforme evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Risco com secreções, material perfurocortante [...]”. (Entrevistado AE3)

“Caixa de perfurocortante [...], cuidados com higienização né? Mais atenção no manuseio”. (Entrevistado AE4)

“[...] tem perfurocortante também”. (Entrevistado AE6)

“Risco de perfurocortante, por exemplo [...] Tem o risco de contato com sangue e secreção [...] mas o principal mesmo é o perfurocortante”. (Entrevistado E1)

“[...] risco perfurocortante”. (Entrevistado E2)

“Material perfurocortante que às vezes encontro na bandeja, secreções nas comadres, patinhos, sangue [...]”. (Entrevistado TE6)

“Risco de contaminação por microorganismos muito resistentes”. (Entrevistado AE1)

“Aqui tem muito contato com secreção, paciente que faz colostomia, diurese, ostomias, estes são riscos que eu acho, biológicos no caso seria”. (Entrevistado TE2)

“[...] a exposição a risco do paciente altamente com bactérias muito fortes [...]”. (Entrevistado AE2)

“Paciente que deveria estar em uma área de isolamento e está numa área cirúrgica [...] Falta de organização de materiais contaminados, como roupas de paciente em hamper aberto”. (Entrevistado TE4)

“A maioria dos riscos que eu percebo é infecção”. (Entrevistado TE5)

Os dados desse estudo coadunam com pesquisa realizada em duas unidades de um hospital universitário do Sul do país, que identificaram que os riscos biológicos foram relacionados ao contato com secreções, com materiais perfurocortantes e microorganismos (NAZARIO, 2017).

Neste contexto, a exposição da equipe de enfermagem ao risco biológico é preocupante, uma vez que, os danos da integridade física, mental e social, provocados pela exposição ocupacional a material biológico são frequentes entre a equipe de enfermagem (COSTA, 2015).

O fato de que muitos participantes relacionaram o risco de contaminação com perfurocortantes como um dos principais riscos biológicos foi igualmente encontrado no estudo de Silva (2012a). Acerca dos perfurocortantes, Costa (2015) admitiu que as agulhas são os objetos causadores do maior número de acidentes, entretanto, boa parte dos acidentes registrados poderia ter sido evitada pela adoção de medidas de precaução padrão, tais como o não recapeamento de agulhas e o descarte adequado dos perfurocortantes.

No contexto estudado, evidenciou-se que os trabalhadores de enfermagem

estão em constante contato com pacientes cirúrgicos e fluidos orgânicos, com portadores de ostomias, com pacientes em precaução de contato por *Enterococo Resistente à Vancomicina (VRE)*, envolvendo inúmeras situações de exposição ao risco biológico.

3.4 Risco de Acidente: o Segundo Mais Evidenciado Pela Equipe de Enfermagem

Quanto ao risco de acidente, observou-se que este foi referenciado por 5 trabalhadores, representando 33% dos participantes.

Ao considerar que o risco de acidente engloba arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas e iluminação inadequadas e outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes, evidenciou-se que os profissionais enfatizaram a parte estrutural que está danificada e os materiais inadequados, conforme evidenciado em suas falas:

“Por exemplo, caixa de perfurocortante sem lugar adequado, EPI também a gente não tem aqui, nem sempre né, não tem capote adequado para cuidar de paciente tipo VRE, tem que ir com aquele capote fininho que é a mesma coisa que nada”. **(Entrevistado TE3)**

“[...] o espaço das enfermarias é muito estreito, os banheiros aqui também são inadequados, [...] os capotes não são próprios para atender esse tipo de paciente [...]”. **(Entrevistado AE2)**

“Começando pela janela que despenca, descarpac no lugar mais ou menos certo, [...] sala de medicamento inadequada, os EPI's hora tem, hora não tem e eu acho que o doente é uma constante, não tem disso de hora tem, hora não tem. Não temos óculos aqui, propé é difícil, touca é difícil [...] iluminação nem todo setor tem [...] e a porta do banheiro está caindo”. **(Entrevistado AE7)**

“Estrutural [...] acidente de trabalho no geral [...]”. **(Entrevistado E2)**

“[...] falta EPI”. **(Entrevistado E1)**

Diante do exposto, faz-se necessário uma maior atenção por parte dos trabalhadores para evitar os acidentes, risco que poderia ser minimizado se os setores estivessem melhores estruturados. Além disso, é imperiosa a disponibilização de materiais adequados para a equipe de enfermagem realizar seu trabalho.

A falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) leva à equipe a não se proteger adequadamente dos riscos ocupacionais, fato evidenciado durante as entrevistas e observado durante a assistência nos setores estudados. Nesse sentido, vale destacar que o uso regular do EPI é extremamente relevante para prevenir a exposição aos riscos, oferecendo maior segurança para profissionais e pacientes. Para que esta segurança seja efetiva, é preciso que, além da adesão, estes

equipamentos sejam utilizados de maneira correta e que sempre sejam verificados se estão limpos e conservados (COSTA, 2015).

A ausência de equipamentos mais seguros, de acordo com as normas vigentes é um fator que contribui para a alta taxa de acidentalidade (JULIO, 2014). A adoção de medidas contínuas de biossegurança no ambiente de trabalho é imprescindível para a prevenção de acidente e doenças ocupacionais, sendo recomendado e preconizado pela legislação o uso de EPI, bem como a correta manipulação e supervisão para o seu uso (GRAMAZIO, 2013).

Cabe ressaltar que com vistas à implementação de medidas de segurança e saúde ocupacional, o Ministério de Trabalho e Emprego (MTE) instituiu a Norma Regulamentadora N° 32 (NR 32) que trata da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, definindo a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde do trabalhador, principalmente voltados para os riscos a que esses profissionais estão expostos (BRASIL, 2011).

Importante destacar que o uso de EPI faz parte da biossegurança, compreendida neste estudo como condutas adotadas pelos trabalhadores da saúde frente a qualquer procedimento e têm por finalidade a redução dos riscos de transmissão de agentes patogênicos. Nessas condutas estão compreendidas ações como o uso de EPI, imunização e manejo adequado de resíduos dos serviços de saúde (NAZARIO, 2016).

3.5 A Sutil Percepção dos Riscos Químico, Ergonômico e Físico Pela Equipe de Enfermagem

Os riscos químicos, ergonômicos e físicos foram timidamente citados por 2 trabalhadores respectivamente, demonstrando uma baixa percepção dos mesmos, conforme evidenciado a seguir:

“Tem os riscos químicos, [...], basicamente [...], porque os químicos já pega a condensação de pó e diluentes, então é basicamente isso”. (Entrevistado TE1)

“[...] como também o próprio material que eu uso, os produtos que eu uso que podem prejudicar minha saúde: hipoclorito e sabão enzimático”. (Entrevistado TE6)

Entende-se como risco químico a exposição aos agentes químicos, substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Os danos físicos relacionados à exposição química incluem desde irritação na pele e olhos, passando por queimaduras leves, indo até aqueles de maior severidade,

causando envenenamentos e toxicidade (SILVA, 2012b).

Os agentes químicos nem sempre são visíveis, o que contribui para que a maioria dos profissionais não os percebam já que podem estar na forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases e vapores, e com isso, não dão a importância necessária no que concerne a minimização de exposição às substâncias químicas que podem ser muito nocivas para o organismo humano (BUSCHINELLI, 2011).

Evidenciou-se, nesta pesquisa, que o risco ergonômico igualmente foi pouco mencionado, cabendo destacar que o estudo desse risco pauta-se na NR17 que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente (BRASIL, 1978).

Infelizmente as condições de conforto e segurança nem sempre estão presentes no ambiente laboral, conforme mencionado nos depoimentos a seguir:

“Por exemplo, as camas não são adequadas, tem cama que é alta e tem cama que é baixa, então as camas baixas a gente fica na posição que quando sai de lá a coluna está toda (pausa), e as altas a gente tem dificuldade para deslocar o paciente. Por exemplo, eu que sou baixa, meu braço é curto, a gente tem que ficar em cima da cama para ajudar a levar o paciente da maca para a cama”. (Entrevistado AE2)

“Pegar peso [...]”. (Entrevistado AE6)

Consideram-se como riscos ergonômicos: exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, levantamento e transporte manual de peso, imposição de ritmos excessivos, intenso esforço físico, trabalho em turno e noturno, longas jornadas de trabalho, monotonia e repetitividade e outras situações que causam estresse físico e psíquico (BATISTA, 2016).

A partir das narrativas dos participantes, há presença de fatores que envolvem riscos ergonômico. Infelizmente esse tipo de risco foi pouco referenciado pelos sujeitos e pode estar relacionado ao fato do trabalhador “naturalizar” a necessidade de ter que se “adaptar” às falhas estruturais e falta de materiais adequados, adaptando seu corpo às situações de trabalho com adoção de posturas inadequadas, pegando peso gerando esforço físico intenso, favorecendo, muitas vezes, a ocorrência de agravos à saúde do trabalhador bem como a ocorrência de acidentes.

Por fim, porém não menos importante, destaca-se o risco físico que também foi citado somente por dois trabalhadores. Acredita-se que a falta de conhecimento a respeito dos fatores que se enquadram nessa classificação de risco, fez com que o mesmo não fosse identificado pela equipe estudada.

Nesse sentido, faz-se necessário salientar que os riscos físicos englobam: ruídos, vibrações, frio, calor, umidade e outros (BRASIL, 1978).

“Tem os riscos [...], físicos, basicamente [...]”. (Entrevistado TE1)

“[...] muito ruído, parece feira [...]”. (Entrevistado AE7)

Durante a coleta dos dados, foi possível perceber grande nível de ruídos nos setores, conforme enunciado acima. No entanto, a presença de calor excessivo em um dos setores estudados não foi mencionada por nenhum trabalhador.

Dentre os inúmeros riscos ambientais que a equipe de enfermagem está submetida, o agente físico ruído, produzido no próprio ambiente hospitalar ou externamente, pode comprometer a saúde destes trabalhadores. Esta exposição diária pode ter consequências sobre os estados físicos, mental e psicológico do sujeito, gerando alterações na comunicação, baixo desempenho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho (COSTA, 2013).

Nesse sentido, é imperioso atentar para o fato que a assistência de enfermagem exige atenção por parte da equipe. Logo, trabalhar em um ambiente tranquilo e silencioso é importante para o êxito da assistência ofertada e para a saúde de todos nesse ambiente uma vez que este pode interferir diretamente na desestabilização da saúde do trabalhador (NAZARIO, 2017).

É imprescindível a atenção ao realizar as atividades de enfermagem, considerando que esta trata essencialmente da assistência ao ser humano e que ao executar uma atribuição, a equipe deve estar atenta e concentrada naquilo que está sendo desempenhado, a fim de ofertar uma assistência com menor possibilidade de eventos adversos, tais como a ocorrência de acidentes (CASTRO, 2008; DUARTE, 2015).

Diante do exposto, depreendeu-se que, de forma geral, a equipe de enfermagem estudada percebeu um ou outro risco em seu ambiente de trabalho, porém, faz-se necessário refletir acerca da presença desses riscos bem como adotar condutas e comportamentos de proteção e minimização de exposição aos mesmos.

Acredita-se que a negação do risco seja muito preocupante, pois se não há identificação do risco, como adotar condutas de prevenção e proteção aos mesmos? No estudo em tela, um trabalhador afirmou não haver riscos ocupacionais em seu ambiente de trabalho, conforme a fala a seguir:

“Não tem, eu acho que não, porque aqui a gente quase não pega peso, essas coisas assim. Porque aqui a gente não pega peso [...]” (Entrevistado AE5).

Evidencia-se no discurso acima que o entrevistado salienta que em “seu” setor de trabalho quase não há levantamento de peso, entretanto, parece que esse trabalhador associa somente o “peso” a um fator de risco ocupacional. Dado preocupante porque se o trabalhador desconhece os riscos em seu trabalho fica limitado para diagnosticá-los e intervir nas possíveis soluções de forma a preservar

sua saúde.

O processo saúde e adoecimento do trabalhador de enfermagem resulta da interação dinâmica das condições de vida, das relações e do processo laboral, bem como do seu controle com vistas a interferir nas condições de trabalho e de vida. Para tanto, é essencial que o profissional se aproprie de conhecimento acerca dos riscos, na perspectiva de minimizar sua exposição, uma vez que, presentes no ambiente laboral, podem determinar a elevação das estimativas de acidente de trabalho e adoecimento do trabalhador (LORO, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as evidências obtidas nesta pesquisa, concluiu-se que o risco biológico foi o mais evidenciado pela equipe estudada estando muito associado ao material perfurocortante que pode carrear material biológico, seguido do risco de acidente estando relacionado a questões estruturais e materiais que envolvem a assistência de enfermagem. No entanto, os riscos químico, ergonômico e físico foram mencionados em menor proporção pela equipe de enfermagem estudada.

Diante dos dados obtidos, compreendeu-se que os enfermeiros só perceberam os riscos biológicos e os riscos de acidente - dado preocupante - uma vez que o enfermeiro possui papel de educador dentro da equipe de enfermagem, tendo com isso, o dever de instrumentalizar sua equipe, planejando, organizando, coordenando e avaliando a assistência.

Conclui-se que estando a equipe de enfermagem em maior número no ambiente hospitalar e sua atividade laboral a coloca diretamente exposta aos riscos ocupacionais, entende-se que as instituições de ensino de nível médio e superior devem abordar de forma mais enfática a temática dos riscos bem como suas formas de prevenção.

Faz-se igualmente necessário que as instituições de saúde, nas quais esses profissionais desenvolvem sua prática laboral, criem e implementem políticas relacionadas à proteção e segurança dos trabalhadores, cabendo, aos profissionais que atuam na assistência, “fazer parte desse processo” como agente de mudança visando a adoção de comportamentos e práticas que garantam segurança no ambiente de trabalho para si e para o indivíduo sob seu cuidado, interferindo favoravelmente na saúde de todos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.M. **Legislação de saúde e segurança no trabalho: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego**. 10. Ed. Rev. Amp. Atual. Ilust. Rio de Janeiro: Gerenciamento Verde Editora e Livraria Virtual, 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, G.M.S.; LINS, J.F.A.B.A.; MIRAVETI, J.C.; VALIM, M.D. **Riscos Ergonômicos dos Profissionais de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulta: Uma Revisão de Literatura**. E&S - Engineering and Science. v.2, ed.5, 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria Nº 3.214, de 08 de junho de 1978**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas regulamentadoras. NR 32. Portaria GM n 1748 de 30 de agosto de 2011**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012.

BUSCHINELLI, J.T.P. **Manual de Interpretação de informações sobre substâncias químicas**. São Paulo. Fundacentro, 2011.

CASTRO, M. R. **A Saúde do Trabalhador de Enfermagem: Fatores Subjetivos na ocorrência de acidentes com perfurocortantes**. 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 26 jun 1986.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017, de 06 de dezembro de 2017**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2017.

COSTA, G.L.; LACERDA, A.B.M.; MARQUES, J. **Ruído no contexto hospitalar: impacto na saúde dos profissionais de enfermagem**. Revista CEFAC. v. 15, n. 3, 2013.

COSTA, L.P; SANTOS, P.R; LAPA, A.T; SPINDOLA, T. **Acidentes de trabalho com enfermeiros de clínica médica envolvendo material biológico**. Revista de enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. v. 23, n. 3, p. 355-61, 2015.

DORIGAN GH, GUIRARDELLO EB. **Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. n. 1, v. 26, p. 3056, 2018.

DUARTE, S. da C.M.; STIPP, M.A.C.; da SILVA, M.M.; de OLIVEIRA, F.T. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem**. Rev Bras Enferm. v. 1, n. 68, p. 144-54, 2015.

FUCAM. **Fundação de apoio Cassiano Antônio Moraes**. Disponível em: <http://fucam.org.br/main.asp?link=indep&id=208>. Acesso em 28 de Jan de 2020.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 5ª ed.; São Paulo: Atlas S.A., 2010.

GRAMAZIO, L.S.; MANSANO, L.M.S.; CARDOSO, A.L.K.; DREHMER, E.A.C. **Percepção do risco biológico em trabalhadores de enfermagem**. Cogitare Enferm. Curitiba. v. 18, n. 1, p. 37-42, 2013.

JULIO, R.S; FILARDI, M.B.S.; MARZIALE, M.H.P. **Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais**. Revista Brasileira de Enfermagem. Minas Gerais. v. 67, n. 1, p. 119-26, 2014.

KAISER, D.E.; da SILVA, R.C.; DURO, C.L.M.; da PAIXÃO D. X.; PAZ, P.O. **A exposição do**

enfermeiro aos riscos ocupacionais no cuidado de pessoas com lesão de pele. J. nurs. health. n. 8, v. 2, p. e188201, 2018.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Técnicas de Pesquisa.** 8ª ed.; São Paulo: Atlas S.A, 2017.

LORO, M.M.; ZEITOUNE, R.C.G. **Estratégia coletiva de enfrentamento dos riscos Ocupacionais de uma equipe de enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, n. 3, 2017.

MAURO, M.Y.C.; MUZI, C.D.; GUIMARÃES, R.M.; MAURO, C.C.C. **Riscos ocupacionais em saúde.** Rev Enferm UERJ, v. 1, n. 12, p. 338-45, 2004.

MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde.** 13ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 316.

NAZARIO, E.G.; CAMPONOGARA, E.; DIAS, G.L. **Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores.** Revista brasileira de saúde ocupacional, v. 42, n. 7, p. 2-11, 2017.

SILVA, C.A.S.; FERREIRA, M.A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev. bras. Enferm. v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SILVA, J.L.L.; LOPES, M.R.; MORENO, R.F; ALMEIDA, J.H.A.; SOARES, R.S.; SOUZA, V.R. **Acidentes com perfuro-cortantes na equipe de enfermagem.** Revista de pesquisa: cuidado é fundamental, n.1, v. 4, p. 1-4, 2012a.

SILVA, L.S.; VALENTE, G.S.C. Riscos químicos hospitalares e gerenciamento dos agravos à saúde do trabalhador de enfermagem. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro. n. 21-24. P. 22, janeiro/ março, 2012b.

PLANO DE PARTO: EXPERIÊNCIA DE MULHERES NO CENÁRIO DO NASCIMENTO

Data de aceite: 20/05/2020

Data de submissão: 29/03/2020

Bruna Rodrigues de Jesus

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/6880362939116369>

Sara Lorena Gomes Rodrigues

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/3542133051638600>

Cynthia Santos Meireles

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/9688477154778324>

Diana Matos Silva

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/3935077290749719>

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/0099431389163095>

Mirna Ingrid Rodrigues de Jesus

Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/2006748292672311>

Elton Júnior Ferreira Rocha

Faculdades Unidas do Norte de Minas. Montes Claros-MG. <http://lattes.cnpq.br/1778870878016417>

Jozimara Rodrigues da Mata

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/6753649970107516>

Clara de Cássia Versiani

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

<http://lattes.cnpq.br/9578556369718944>

RESUMO: O objetivo do estudo foi compreender o plano de parto no fortalecimento da autonomia da mulher em sua experiência no processo do parto e nascimento. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com puérperas na Atenção Primária à Saúde. O estudo foi realizado com oito mulheres. A coleta de dados ocorreu entre agosto e janeiro de 2020, por meio de entrevista semi-estruturada gravada. As falas foram organizadas e analisadas com base na análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** As mulheres apontam que a elaboração do plano de parto promove-lhes liberdade de opinar durante todo tempo sobre seus trabalhos de parto e parto, proporcionando o sentimento de respeito e de uma assistência humanizada. Todas as entrevistadas relataram que o

instrumento referido contribuiu para o parto que desejavam. **Considerações finais:** Em sua maioria, as participantes da pesquisa relataram experiências positivas com uso do Plano de Parto durante o processo de nascimento, sendo assim, este recurso mostra-se como uma ferramenta fundamental e potencializadora do protagonismo e autonomia da mulher neste cenário.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência; Parto Humanizado; Enfermagem obstétrica; Mulher; Poder.

BIRTH PLAN: WOMEN'S EXPERIENCE IN THE BIRTH SCENARIO

ABSTRACT: The objective of the study was to understand the birth plan in strengthening the autonomy of women in their experience in the process of childbirth and birth.

Method: It is an exploratory, descriptive research, with a qualitative approach, carried out with puerperal women in Primary Health Care. The study was carried out with eight women. Data collection took place between August and January 2020, through recorded semi-structured interviews. The speeches were organized and analyzed based on Bardin's content analysis. **Results:** Women point out that the elaboration of the birth plan promotes freedom to express their opinions about their labor and delivery at all times, providing the feeling of respect and humanized assistance. All interviewees reported that the referred instrument contributed to the delivery they wanted. **Conclusion:** Most of the research participants reported positive experiences with the use of the Birth Plan during the birth process, thus, this resource is shown to be a fundamental tool and enhancer of the protagonism and autonomy of women in this scenario.

KEYWORDS: Humanization of assistance; Humanized birth; Obstetric nursing; Woman; Power.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são eventos naturais e fisiológicos que, por sua vez, são determinados por processos individuais e sociais. Além disso, representa uma experiência humana cercada por valores, crenças, expectativas e preocupações que são dependentes da qualidade e quantidades das informações disponibilizadas a essas mulheres (SUÁREZ, et al., 2015).

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, além de auxiliarem nos cuidados com o recém-nascido. Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas

sobre vários temas (PIMENTEL; OLIVEIRA, 2017).

Segundos os autores ainda, a assistência ao parto passou por diversas transformações ao longo do tempo. Em meados do século XX, o processo de parto foi institucionalizado, passando de um evento privado e feminino em domicílio realizado por parteiras, para partos hospitalares e medicalizados.

A institucionalização do parto também trouxe com si práticas rotineiras e padronizadas, tais como a episiotomia, a tricotomia, os enemas, a indução do parto e a manobra de Kristeller, sem que seu uso frequente fosse avaliado por meio de evidências científicas (SUÁREZ, et al., 2015).

Diante disso, em 1985, com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o nascimento, inicia-se um processo de “standardização do parto”, os estados são provocados a rever a tecnologia aplicada aos partos e aceitar que cada mulher deve escolher o tipo de parto que deseja, contribuindo para resgate do protagonismo da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1985).

Na humanização do parto é imperioso dar liberdade às escolhas da parturiente, oferecer um atendimento direcionado em suas necessidades, atenuar seus anseios, elucidar suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre a parturiente e a equipe, o diálogo é imprescindível. A afetividade, o prazer em servir o outro e na atenção dispensada, não apenas focada em crenças e mitos, mas acompanhando essas escolhas, intervindo minimamente para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo, também oferecem segurança (POSSATI, et al., 2017).

Hoje, os cuidados às gestantes fomentam vários questionamentos sobre as implicações da medicalização na assistência ao trabalho de parto e ao parto. Essas indagações visam encontrar meios de reduzir os índices de partos operatórios e de intervenções desnecessárias durante o nascimento, além de buscar uma assistência baseada em evidências, diminuindo a assimetria na relação profissional-paciente (PIMENTEL; OLIVEIRA, 2017).

O empoderamento das mulheres atinge seu ápice com o documento Plano de Parto e Nascimento que é um instrumento escrito, de caráter legal, onde a mulher grávida, após ser orientada sobre a gravidez e o processo de parto, e valorizando seus valores, desejos pessoais e expectativas criadas ao longo da gravidez, descreve suas preferências durante o trabalho de parto, parto e nascimento do seu filho (MOUTA, et al., 2017). Este documento é um eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e o profissional que irá assistir o parto e poderá ser utilizado para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo (SUÁREZ, et al., 2015).

No contexto de carência de informações, as redes sociais têm viabilizado a divulgação de conhecimentos de maneira nunca vista antes, impactando as estruturas de poder da instituição médica, com a disseminação de informações

técnico- científicas antes sob posse do médico. Organizadas em grupos e fóruns, as mulheres recomendam umas às outras que escrevam planos de parto como meio de comunicar ou exigir o respeito a seus direitos nas maternidades. Neste documento, elaborado durante a gestação, a mulher descreve os procedimentos que recusa e os que aceita, não apenas com intuito de prevenir abusos, mas também de demonstrar à equipe o conhecimento sobre direitos, rotinas hospitalares e suas indicações (MOUTA, et al., 2017).

Nessa perspectiva pressupõe-se que este instrumento propicia, ainda, o fortalecimento da autonomia das mulheres e resgata o protagonismo das mesmas no processo do parto, o que torna relevante a realização do presente estudo, visando à melhor compreensão desse processo, contribuindo para uma assistência obstétrica qualificada e individualizada.

Sendo assim, objetivou-se com essa pesquisa compreender o plano de parto no fortalecimento da autonomia da mulher em sua experiência no processo do parto e nascimento.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em quatro unidades de Saúde da Família situadas na cidade de Montes Claros-MG. A rede de Atenção Primária de Saúde da cidade é composta por 184 Estratégias Saúde da Família (ESF). As unidades onde pesquisa aconteceu foram as ESF Nova Morada, ESF Santa Eugênia, ESF Eldorado e ESF Vila Áurea, espaços de prática da pesquisadora. O estudo foi realizado com oito puérperas, que participaram do Curso de Gestante promovido pelas unidades.

O número de participantes foi definido pela saturação teórica dos dados. A coleta foi suspensa quando os dados obtidos passaram a apresentar repetição, sem acréscimo de novas informações para alcance dos objetivos (BARDIN, 2016).

Os critérios de inclusão abrangeram primíparas e múltiparas com idade acima de 18 anos, nascimento do filho por meio de parto vaginal ou cesariano, que construíram o Plano de Parto, o entregaram na maternidade e que aceitassem participar da pesquisa. Os dados foram coletados no período de agosto a janeiro de 2020, após aprovação de projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, com parecer n. 3.467.459. As puérperas que concordaram em fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação sobre a finalidade da pesquisa. A coleta ocorreu em duas etapas, sendo a primeira etapa no período pré-natal, durante a Roda de Conversa intitulada “Curso para Gestante” com a finalidade de promover a construção do Plano de Parto e durante as consultas de Pré-Natal; a segunda etapa foi realizada no período

puerperal durante as consultas de pós-parto com até 45 dias de puérperio, realizadas nas ESFs.

A seleção para participar da segunda etapa foi por meio de contato telefônico. Foram selecionadas as mulheres que tinham entregado seu Plano de Parto e desejavam compartilhar suas experiências no processo de parturição. Foi aplicado um questionário socioeconômico e entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas e os depoimentos foram transcritos na íntegra. Os dados coletados foram analisados de acordo com os preceitos da Análise de Conteúdo que apresenta três etapas: Pré-análise, Análise temática e Construção das categorias temáticas. Esse método foi selecionado para classificar os grupos de elementos a partir das similaridades, cujo agrupamento foi realizado segundo as características comuns dos elementos das entrevistas (BARDIN, 2016).

Com a finalidade de manter o anonimato as participantes foram identificadas com as letras PE e seguidas do número da entrevista. Exemplo: PE1, PE2... PE8, considerando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterizando as participantes

Participaram deste estudo oito puérperas com idades que variam entre 19 e 38 anos. A maioria vivia em união estável com o companheiro, tinha renda familiar de aproximadamente um salário mínimo, era do lar, possuía ensino médio completo, era multipara e evoluíram para parto vaginal.

A partir das análises das entrevistas emergiram as seguintes categorias: Plano de parto: um instrumento ainda desconhecido; Plano de Parto: humanizando a assistência ao parto e Plano de Parto: desmistificando a Violência Obstétrica.

3.2 Plano de parto: um instrumento ainda desconhecido

O plano de parto está entre as técnicas recomendadas durante a gestação, de acordo com as normas internacionais preconizadas pela Organização Mundial de Saúde no ano 2000 e estimulada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Observa-se que, embora seja um instrumento de destaque para experiências positivas na parturição, a realidade nos serviços de saúde que assistem as gestantes é muito diferente, pois o plano de parto ainda é pouco conhecido e estimulado. Durante as entrevistas apenas uma, das oito puérperas entrevistadas, julgou conhecer, ainda que superficialmente, o plano de parto, antes do Curso para Gestante, e todas as outras negaram conhecimento:

“Eu já vi na caderneta de gestante. Tava lendo as informações lá e vi uma folha escrito, mas eu não sabia direitinho o que era” (PE1).

“Olha, na verdade eu só fiquei sabendo na reunião. Nunca tinha ouvido falar que existia no SUS, aí, logo que falaram eu fui olhar na internet mais coisas sobre ele” (PE3).

“Não, nunca ninguém me falou sobre Plano de Parto nas minhas outras gestações. A gente nem pensava nisso, porque é tudo tão normal, as consultas, lá no hospital, aí na reunião que eles falaram um monte de informações” (PE6).

As práticas educativas durante o pré-natal são espaços de suma importância para troca de experiência e repasse de conhecimento. Por meio delas, as mulheres se informam sobre seus direitos, são preparadas para parto, recebem informações importantes acerca da gravidez e isso contribui para quebra de alguns tabus que envolvem a gestação e parto (NOGUEIRA, et.al., 2017).

A maioria das entrevistadas referiu que a participação no Curso para Gestante foi um divisor de águas durante a gestação e preparação para parto. Colocaram que, por intermédio desse, foi possível conhecer e construir o Plano de Parto, ferramenta esta que possibilitou conhecimento e, por meio deste, fazer valer os seus direitos.

“Ah o conhecimento, Né?! Eu falo que eu sou uma pessoa que falo de mais, então, tudo eu pergunto, para mim, tudo agrega conhecimento (...) porque, mesmo sabendo, a gente ainda não sabe” (PE1).

“Nossa para mim foi ótimo participar do grupo. Apreendi também muito, né?! Já sei dos meus direitos, sei que eles tem que me respeitar, tem que respeitar o direito da gestante” (PE7).

A relevância da atuação do enfermeiro capacitado na assistência de pré-natal promove a garantia de um cuidado integral e de qualidade. É por meio desta que se pode garantir a extensão da cobertura, além de subsidiar a construção de relações de comunicação, que serão úteis para o acompanhamento e o acolhimento dessa gestante, em todas as fases do seu processo de gestar e parir (SALMON, AKIKO, 2016). As entrevistadas relataram a importância da atuação das Enfermeiras no Pré-Natal, principalmente nos espaços de Educação em Saúde onde pontuaram ser o lugar de maior troca de informação.

“Eu não sabia nada sobre o plano de parto, mas, no grupo, as enfermeiras deram muitas informações e mostraram muita coisa. Apreendi sobre a melhor posição para ter meu bebê, sobre as formas de ajudar a melhorar a dor, aprendi os meus direitos como gestante, foi muito importante” (PE2).

Nas consultas ela sempre falava das coisas boas para o parto, ela repetia algumas coisas que tinha falado no curso (...) foi bom para a gente lembrar (PE4).

A elaboração do plano de parto pela mulher e compartilhado com o profissional que a atende é de extrema relevância. Esse processo permite a construção e o fortalecimento do vínculo entre o enfermeiro e a gestante, respeitando desse modo

as ideias de cada mulher, conhecendo suas particularidades que precisam ser respeitadas e atendidas (MOUTA, et al., 2017).

O plano de parto como ferramenta de cuidado pode ser considerado uma tecnologia não invasiva de cuidado, podendo ser caracterizada como potencializadora. A mulher é a protagonista na montagem desse plano, sendo respeitadas suas decisões, fazendo com que tenha um maior suporte para lidar com as transformações que estão acontecendo em sua vida (MEI, et al., 2016).

Ao serem informadas sobre os eventos da parturição, acerca das evidências científicas, as mulheres se sentiram mais preparadas para os desafios do parto. Ressalta-se de que todas as mulheres foram informadas da imprevisibilidade desse processo e que deveriam estar abertas as mudanças que os possíveis eventos poderiam exigir.

“Eu achei que foi muito importante, principalmente, o plano de parto, porque, eu acho que devido eu ter o conhecimento do que tava no meu plano de parto, acabou que contribuiu para o sucesso do meu parto, apesar que foi tenso, mas no final, deu tudo certo” (PE3).

“...pedi a anestesia, tava doendo muito e eu tinha colocado que queria (...)mas depois o coraçãzinho dele abaixou, aí teve que fazer a cesariana, mas deu tudo certo (PE6).

3.3 Plano de Parto: humanizando a assistência ao parto

A construção do plano de parto durante o pré-natal e sua utilização durante o processo do parto permite que tanto os profissionais quanto as próprias gestantes conheçam o modo como desejam ser assistidas durante o nascimento de seu filho, permitindo, dessa forma, que todos os envolvidos em seu cuidado respeitem as vontades da mulher, prestando uma assistência de forma individualizada, possibilitando que a parturiente se sinta respeitada e atendida em suas escolhas. Isso foi evidenciado nas seguintes falas:

“Eu fui atendida do jeito que eu tinha vontade. Quando eu tava sentindo muita dor eu pedi “anestesia”, porque eu tinha colocado que queria no meu plano de parto. Eu não sabia direito a dor do parto normal e eles me atenderam” (PE1).

“Eu falei que eu queria ganhar ele no banquinho e que eu queria que se desse tudo certo que fosse de acordo com meu plano de parto e isso foi respeitado” (PE3).

Deve-se ressaltar que o uso do Plano de Parto não é possível sem a participação dos profissionais que assistem as parturientes nos centros obstétricos. A maioria das mulheres apontou que os profissionais foram muito receptivos ao receberem o instrumento e que acreditavam que eles haviam lido, uma vez que, suas escolhas foram atendidas, na maior parte das vezes.

“Ela mostrou uma expressão de admiração. ‘Oh, ela trouxe o plano de parto’. Todo mundo olhou e ela falou para a equipe e a equipe olhou, (...) foi me oferecendo

salada e perguntando se eu queria tomar um banho quente, então, acho que eles leram” (PE3).

“Eles me ofereceram banho quente, me mostraram o banquinho e ajudaram muito para ter minha filha. Na hora dela nascer, eles me pediram para sentar no banquinho, porque eu queria assim, mas, aí, eu decidi fica deitada na cama mesmo e eles levantaram a cabeceira”(PE4).

As puérperas apontam que a elaboração do plano de parto aliada a liberdade que tiveram de opinar durante todo tempo sobre seus trabalhos de parto e parto proporcionou-lhes sentimento de serem mais humanas, que se sentiram mais respeitadas como mulheres, seres individuais, cada uma com sua personalidade, desejos e particularidades (MEI, et al., 2016).

Outra pesquisa revelou que, para as mulheres, ter um número maior de solicitações concedidas demonstrou que seus direitos foram atendidos, o que foi considerado positivo para as puérperas (MOUTA, et al.,2017).

Todas as entrevistas referiram que se sentiram mais seguras e preparadas para os eventos do parto. Colocaram que poder expressar seus desejos, por meio do plano de parto, propiciou a elas o sentimento de participantes ativas do processo e reconheceram a sua assistência como mais humanizada, mesmo diante de algumas intervenções não rotineiras.

“...eu mal tinha entrado dentro da sala, ele de cara já não me colocou deitada na cama não. Perguntou se eu queria tirar a roupa e ficar debaixo do chuveiro, né, já era uma coisa que eu tinha colocado” (PE1)

“...Ah, sim, neh, porque, foi o que eu queria e realmente aconteceu, não teve aquelas coisas desnecessárias, tipo, igual, foi diferente de quando eu ganhei ela, há 14 anos, que teve aquela “ajudinha, foi muito mais humanizado” (PE2).

“Sim. Perguntava se podia fazer, se eu tava de acordo. Teve que romper a bolsa porque a bolsa não rompia. (...) Foi muito diferente do meu outro parto eu me senti com mais atenção por parte dos médicos, sabe?!” (PE3).

As participantes do estudo foram unânimes ao relatarem que o plano de parto favoreceu uma experiência positiva do parto, apesar das limitações encontradas em algumas falas, devido à objetividade de alguns relatos, todas colocaram que, uma vez informadas sobre seus direitos e das opções disponíveis, puderem fazer suas escolhas quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto, a analgesia, ingestão de alimentos, a posição adotada durante o nascimento do seu bebê, e sobre o contato pele a pele com seu recém-nascido.

“Com certeza me ajudou, porque por incrível que pareça, tudo aconteceu do jeito que eu coloquei lá. (...) eles deixaram meu bebê comigo, colocaram para mamar e só depois fizeram os procedimentos” (PE4).

“Sim. Ajuda muito! Ter levado o plano de parto ajudou porque eu não tinha experiência, não sabia direito as coisas e, quando é assim, eles podem fazer como bem quiserem (...) deu tudo certo. Eles deixaram ela comigo, sem roupinha, ela mamou um tempinho” (PE2).

“Para mim é importante porque trouxe mais segurança, a gente não sabe o que vai acontecer e assim que eu entreguei meu plano de parto, ela me ofereceu uma salada e a bola” (PE8).

Diversos estudos apontaram que o uso do Plano de Parto propicia um parto mais natural/fisiológico, contribuindo para melhores desfechos neonatais e uma maior satisfação por parte das parturientes. Ter a fisiologia do corpo respeitada tornou a experiência de parto das mulheres positiva, prazerosa, menos dolorosa e inesquecível (MEDEIROS, et al., 2019; GOMES, et al., 2017; TESSER, et al., 2015).

O que também foi encontrado nesta pesquisa, pois as participante relataram que o uso do Plano de Parto foi decisivo para a vivência gentil do parto, demonstrando que a experiência de parir foi mais positiva. Ter o profissional por perto, respeitar a fisiologia natural do trabalho de parto e se atentar para as evidência recomendadas tornou o momento mais prazeroso para as mulheres.

“...Ajudou sim ,ele foi muito eficaz, útil pra mim , me ajudou demais. (...) me orientaram a usar os métodos pra aliviar a dor ,banho quente, exercício na bola (...) , foi melhor do que eu esperava”(PE5).

“...não me deram toques demais, olhava sempre minha pressão, o coraçãzinho dele. (...) o enfermeiro ficou perto de mim o tempo todo, até que meu bebê coroou. ninguém saiu de perto de mim, foi maravilhoso” (PE7).

Construir um Plano de Parto e entregá-lo na maternidade não significa apenas ter um parto com menos intervenções, entretanto, para além dos desfechos clínicos favoráveis, esta tecnologia produz questões de ordem psicoemocionais, pois as mulheres expressam confiança e autonomia e maior participação no processo parturitivo, demonstrando que se sentem mais preparadas, impactando positivamente na experiência de parto (HIDALGO, HIDALGO, RODRÍGUEZ, 2017).

3.4 Plano de Parto: desmistificando a Violência Obstétrica

Embora não se possa atribuir o aumento dos escores de comunicação, satisfação e confiança ao uso do Plano de Parto, as maioria das entrevistas desse estudo revelou que usaria o instrumento em um parto subsequente, sugerido que considerou que o uso dele provocou um efeito positivo corroborando como encontrado no estudo de Gomes, et al., (2017), que apresentou que a maioria das mulheres referiram a importância do uso do plano de parto e que o utilizariam numa próxima gravidez. Algumas mulheres mencionaram ainda que o uso da ferramenta possibilitou a prevenção da violência obstétrica.

“Me ajudou a compreender e a ter noção do que podia ser feito e o que não podia , que no caso era a violência obstétrica ...tudo aconteceu conforme a minha vontade ”(PE8).

“Nossa, é muito importante. Porque ele ajuda a dá informação e a gente não sabe muita informação e isso atrapalha, eu acho, por que ter algum tipo de violência que, às vezes, a gente nem sabe que é, neh?!” (PE3).

A construção do plano de parto possibilita às mulheres o fortalecimento da confiança em relação ao parto, permite que expressem suas preferências e qualifica a comunicação com a equipe profissional, além de ser uma maneira quaternária de prevenção frente à violência obstétrica, de reiteração dos seus direitos sexuais/reprodutivos e acesso à assistência de qualidade (MEDEIROS, et al., 2019; TESSER, et al., 2015).

Para muitas mulheres do estudo, o Plano de Parto significou o tratamento respeitoso que perpassa a aceitação das suas escolhas, mas promove a gentileza, cuidado, a forma como é oferecido o apoio e tudo isso culmina com o sentimento de segurança e satisfação. Os relatos enfatizaram a aceitação dos profissionais quanto às vontades das parturientes, no momento do parto e no pós-parto o que evidenciou uma experiência agradável para todas as participantes.

“E eu gostei. To satisfeita, apesar de ter sido dentro do banheiro, porque não deu tempo, mas eu faria tudo de novo, inclusive, se eu decidir ter outro filho quero fazer o plano de parto de novo” (PE4).

“...Me senti muito cuidada por todos. Foi diferente da minha outra experiência, foi melhor” (PE7).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as participantes da pesquisa relataram experiências positivas com uso do plano de parto durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Enfatizaram o respeito a suas escolhas e tratamento, uso de métodos de alívio de dor e a liberdade de decisão, práticas diretamente relacionadas ao conhecimento das mulheres e as práticas dos profissionais que influenciaram, diretamente, em um parto positivo e, assim, na satisfação das mulheres. Infelizmente, muitas gestantes desconhecem a existências do Plano de parto, mesmo sendo indicado pelo OMS e estimulado pelo Ministério da Saúde.

O plano de parto mostra-se, portanto, um recurso fundamental e potencializador do protagonismo e autonomia da mulher, apoiando o cuidado compartilhado e promovendo mudança no cuidar obstétrico.

Uma das barreiras encontradas no estudo foi o número de mulheres que participaram do Curso para Gestante e fizeram o Plano de Parto, mas não o apresentaram na maternidade, reforçando que a prática deve ser estimulada em cada consulta de pré-natal, individualizando e qualificando a assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2016.

BRASIL, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida; 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 02 de fev. 2020.

GOMES, R.P.C; SILVA, R.S; OLIVEIRA, D.C.C; MANZO; B.F; GUIMARÃES, G.L; SOUZA, K.V. **Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres**. REME Rev Min Enferm 2017; 21:e1033. Disponível em <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170043>> Acesso em: 04 de jan. 2020.

HIDALGO, L. P; HIDALGO, M.M, RODRÍGUEZ, B. M.A. **Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes**. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2953. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953>> Acesso em: 02 de fev. 2020.

MEDEIROS, R. M; FIGUEIREDO, G; CORREA, A.C. P; BARBIERI, M. **Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição**. Rev. Gaúcha Enferm. vol.40 Porto Alegre 2019 Epub June 06, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233> > Acesso em: 10 de jan. 2020.

MEI, J.Y; AFSHAR, Y; GREGORY, K.D; KILPATRICK, S.J, ESAKOFF, T.F. **Birth plans: what matters for birth experience satisfaction**. Birth. 2016;43(2):144-50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/birt.12226>>. Acesso em: 02 de fev. 2020.

MOUTA, R.J.O. SILVA, T.M.A; MELO, P.T.S; LOPES, N.S; MOREIRA, V.A. **Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino**. Rev. Baiana Enferm. 2017;31(4):e20275. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15598>> Acesso em: 02 de fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento**. Lancet. 1985;2:436-7.

PIMENTEL, T.A; OLIVEIRA, E.C.F. **Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica**. Universitas: Ciênc Saúde [Internet]. 2016 Dec; 14(2):187-99. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/4186/3279>. DOI: 10.5102/ucs.v14i2.4186. Acessado em: 10 de jan. 2020.

POSSATI, A.B; PRATES, L.A; CREMONESES, J; ALVES, C.N, RESSEL, L.B. **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras**. Esc Anna Nery 2017;21(4):e20160366. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366> > Acesso em: 05 de jan. 2020.

SALMON, M.E; AKIKO, M. **Investing in nursing and midwifery enterprise to empower women and strengthen health services and systems: an emerging global body of work**. Nurs Outlook. 2016 64(1):7-16. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813248>> Acesso em: 25 de jan. 2020.

SILVA, A.L.N. V; NEVES, A.B; SGARBI, A.K.G; SOUZA, R.A. **Ferramentas para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem**. Rev Enferm UFSM 2017 Jan/Fev.;7(1): 144-15. Disponível em : < <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222531> > Acesso em: 25 de jan. 2020.

SUÁREZ, C.M; ARMERO, BARRANCO, D; CANTERAS, J. M; MARTÍNEZ, R.E. **Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process**. Rev Latino-Am Enfermagem.

2015;23(3):520-6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>> Acesso em: 05 de fev. 2020.

TESSER, C.D; KNOBEL, R; ANDREZZO, H.F.A; DINIZ, S.G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Rev Bras Med Fam Comunidade 2015; 10:1-12. Disponível em <[https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)> Acesso em: 05 de jan. 2020.

TUBERCULOSE PULMONAR EM MAIORES DE 60 ANOS NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Data de aceite: 20/05/2020

Carlos Alberto Bassani Junior

Enfermeiro, ASA Anestesiologia e Serviços Médicos
Associados; e-mail: carlos_bassani@yahoo.com.br

Vânia Paula Stolte Rodrigues

Coordenadora Técnica de Educação e Pesquisa do
Coren/MS; e-mail: vpstolte@yahoo.com.br

RESUMO: **Introdução:** A Tuberculose Pulmonar já apresentou altos índices de mortalidade no decorrer dos últimos anos e atualmente não deixou de ser uma preocupação para a saúde pública mundial. Sendo uma doença que atinge em sua maioria pessoas em situação de vulnerabilidade social, as residências com situações precárias e grande aglomerado de moradores contribuem muito para a sua disseminação. **Objetivo:** verificar a incidência de Tuberculose Pulmonar em maiores de 60 anos no estado do Mato Grosso do Sul. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e retrospectivo tipo levantamento de dados, com base em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação disponíveis publicamente no DataSUS. **Resultados e discussão:** Sabe-se que, apesar das ações

de prevenção da doença, a Tuberculose Pulmonar continua sendo um importante problema de saúde pública. Verificou-se que a taxa de incidência na população de 80 anos ou mais mostrou-se mais expressiva comparado aos outros grupos etários, que apresentaram oscilação no decorrer dos anos. A média de abandono e óbitos foi considerado elevado no sexo masculino 95% comparado ao feminino. A meta do Ministério da Saúde de 85% de cura dos casos notificados não foi alcançada em nenhum ano do estudo. A população idosa se apresenta mais vulnerável a se infectar e desenvolver a doença, pois, independente do sexo, estão mais suscetíveis à infecção devido a fatores imunológicos, nutrição, imunidade comprometidas, fatores socioeconômicos, maior dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde. Este número pode crescer considerando a permanência em ambientes fechados como instituições e lares que abriga este grupo. **Conclusão:** É necessário ampliar as ações de vigilância a este grupo, aumentando a porcentagem de cura.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose Pulmonar; Idoso; Epidemiologia.

1 | INTRODUÇÃO

A Tuberculose Pulmonar (TB) é uma patologia presente no contexto histórico da humanidade. Contudo, ainda nos dias de hoje representa uma preocupação à saúde pública mundial, visto que, mesmo diante das estratégias de cura e tentativas de erradicação da mesma, ela continua presente nas populações que vivem em situação de vulnerabilidade, inclusive econômica.

Sua ocorrência é maior em populações socialmente desfavorecidas, fator que estigmatiza ainda mais a doença. A disseminação tem relação direta com a quantidade de moradores residentes por domicílio, incluindo também as condições não adequadas de algumas moradias e instituições. Mesmo com o acesso e desenvolvimento de fármacos, e também a métodos de diagnóstico, a TB continua preocupando a saúde pública de todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Na América Latina, o Brasil é o país que apresenta maior concentração de casos da enfermidade (BRASIL, 2010), apesar do êxito no programa de controle da doença, com redução de mais de 50% da prevalência comparado ao ano de 1990 (NACIONES UNIDAS, 2008). Estima-se que a notificação de TB esteja entre 80 e 90 mil casos por ano (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

O Brasil ocupa atualmente a 19ª posição em relação ao número de casos no mundo, e a 104ª em relação ao grau de incidência (BRASIL, 2010).

Existem fatores que podem aumentar a incidência da doença no mundo, entre eles, a idade, a infecção pelo HIV, o uso de drogas injetáveis, o aumento da pobreza, o aumento do número de desabrigados, hábitos e estilos de vida (alcoolismo, tabagismo), a migração, a má nutrição, a urbanização, habitação inadequada e família numerosa, e a perda da qualidade dos programas de controle da doença (MARQUES; CUNHA, 2003).

A TB pode acometer diversos órgãos e sistemas, mas sua apresentação na forma pulmonar, além de mais frequente, é a mais relevante para a saúde pública, pois é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença.

A população idosa, independente do sexo e idade, são particularmente mais suscetíveis a infecções pelo *Mycobacterium tuberculosis* tanto por fatores biológicos como nutrição, sistema imune comprometido, quanto a fatores socioeconômicos como pobreza, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e menor escolaridade. Esse grupo apresenta uma lenta recuperação de doenças, aumento da incidência de quadros agudos, alta taxa de hospitalização e mortalidade, tornando assim um campo fértil para o desenvolvimento e multiplicação do *Mycobacterium tuberculosis*. Esta população encontra-se ainda mais vulnerável quando considera-se sua permanência em instituições de cuidados prolongados, tais como asilos, casas de

repouso ou geriátricas onde as normas de biosseguranças nem sempre são seguidas corretamente tornando a transmissão exógena a mais comum (CAVALCANTI, ALBUQUERQUE, CAMPELLO, et al., 2006; CHAIMOWICZ, 2001).

Supõe-se que outras patologias imunossupressoras como DM, insuficiência renal, insuficiência hepática, desnutrição também podem contribuir para o desenvolvimento da TB pulmonar, outro fator preocupante e o aumento da taxa de indivíduos idosos diagnosticado com o vírus HIV nos últimos anos (CHAIMOWICZ, 2001).

Conforme (SANTANA, TAKAGAKI, 2007) e (SHIN JY, JUNG SY, LEE JE, et al., 2010) apud Trigueiro, Tomaz, Souza et al. (2016, p. 02).

A falta de celeridade na confirmação diagnóstica é justificada ainda pela tentativa de encontrar as doenças mais comuns da idade em detrimento da propedêutica específica, o que promove rotineiras internações e determina a elevação dos casos de óbito entre os idosos.

Considerando o exposto, o presente estudo teve por objetivo estimar a incidência de TB em idosos com idade maior ou igual a 60 anos no estado do Mato Grosso do Sul.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo e retrospectivo tipo levantamento de dados, com base em dados secundários e que foi realizado por meio de informações de casos notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificações- SINAN.

A população foi constituída por todos os casos notificados de TB em idosos no estado de Mato Grosso do Sul, referentes ao período de janeiro de 2004 a dezembro de 2014.

Para a definição de idoso, considerou-se todo indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2009).

As variáveis levantadas foram idade, sexo, procedência do caso, forma clínica pulmonar e informações sobre os desfechos dos casos (cura, óbito, abandono do tratamento, transferência ou mudança de diagnóstico). As informações foram anotadas em um formulário eletrônico do programa Excel (2013). A análise foi processada no programa Excel (MICROSOFT, 2013), visando técnicas descritivas por meio de tabelas e gráficos. Para avaliação de taxas de incidência, utilizou-se os dados demográficos do último Censo do IBGE (2010).

O estudo foi realizado com informações contidas em banco de dados, é relevante lembrar que pode haver falhas ou negligência de dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue na tabela 1 os principais casos da TB, em representatividade da população idosa dos sexos masculino e feminino.

Idade	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
60 a 69 anos											
Masculino	134,28	117,23	108,70	134,28	144,94	125,75	83,35	81,84	62,14	78,81	86,39
Feminino	68,16	52,77	39,58	35,18	43,98	52,77	34,74	34,74	28,95	27,50	21,71
Total	101,58	85,37	74,57	85,37	95,10	89,70	58,49	57,75	45,16	52,56	53,31
70 a 79 anos											
Masculino	124,69	120,39	120,39	107,49	116,09	98,89	84,21	89,82	81,40	95,44	64,56
Feminino	43,67	34,94	61,14	65,51	35,94	56,77	26,65	39,97	34,64	15,99	26,65
Total	84,53	78,03	91,03	86,70	75,86	78,03	54,68	64,25	57,41	54,68	45,11
80 anos ou mais											
Masculino	162,90	128,00	128,00	221,08	93,09	104,72	85,98	114,65	57,32	50,16	93,15
Feminino	100,54	40,22	100,54	40,22	40,22	60,33	35,11	35,11	40,96	35,11	11,70
Total	129,83	81,14	113,60	124,42	64,94	81,14	57,98	70,86	48,31	41,87	48,31

Tabela1. Taxa de incidência de casos notificados por faixa etária e sexo por (100.000) habitantes de TB pulmonar em idosos com idade maior ou igual a 60 anos, no estado de Mato Grosso do Sul nos anos de 2004 -2014.

Fonte: IBGE, Senso (2000 -2010); Ministério da Saúde; SINAN – DATASUS.

A discrepância entre o número de casos por TB entre homens e mulheres pode ser observada na tabela 1, em específico no ano de 2007, no qual o percentual de homens com 80 anos ou mais apresentaram uma taxa de 221,08/100.000, enquanto as mulheres na mesma faixa etária apresentaram uma taxa de 40,22/100.000. Apesar de serem amplas as causas que levam as pessoas do sexo masculino a adoecer mais por TB do que o feminino, sendo que fatores econômicos, culturais e sociais podem estar relacionados (BELLO, et al., 2010).

Em um estudo realizado em um Hospital do Rio de Janeiro/RJ, foram avaliados 532 prontuários de pacientes de TB e/ou co-infecção TB/HIV/AIDS, do percentual citado, 68 pacientes (12,78%) integravam a faixa etária de 60 anos de idade e ou mais. A pesquisa mostrou que a doença acometeu 77% de homens, deste total as idades entre 60 a 65 anos (42,6%) teve o maior número de casos, seguindo das idades de 66 a 70 e 71 a 75 anos (OLIVEIRA, RIBEIRO, BHERING, et al., 2005).

Um dado que chamou a atenção no estudo realizado é o baixo número de casos que foram confirmados pela baciloscopia do escarro durante a hospitalização (aproximadamente 40%). Esta maior incidência, em idosos, de casos sem confirmação bacteriológica, podendo dever-se a alguns fatores, incluindo: 1) dificuldade em obter

amostras de escarro nessa população; 2) maiores taxas de resultados negativos devidamente relacionados à deficiência no transporte mucociliar. Entretanto, a confirmação bacteriológica da doença deve ser buscada, visto que, no idoso, os sintomas “clássicos” sugestivos da doença são menos frequentes (OLIVEIRA, RIBEIRO, BHERING, et al., 2005).

Na faixa etária 80 anos ou mais o sexo feminino em 2004 apresentava 100.54/100.000 e período de 10 anos em 2014 11,70/100.000 tendo uma queda de quase 90% do número de casos. Na faixa etária de 60-69 anos de 2009 a 2014, o número de casos entre mulheres continuava a diminuir, enquanto entre os homens apresentou oscilação ao longo dos anos. Na faixa etária de 79-79 anos no ano de 2013 o número de casos no sexo masculino é seis vezes maior do que comparado ao sexo feminino. Isso pode se explicar pelo fato de que o homem é menos presente na utilização dos serviços em saúde e possui maior tendência ao consumo de álcool e tabaco, tornando-se mais vulneráveis a infecção. Já as mulheres são mais frequentes nos serviços de saúde, culturalmente pela educação ao cuidado que a mesma recebe desde sua infância.

Nesse sentido, as políticas públicas do Ministério da Saúde já têm caminhado para a necessidade em reconhecer as especificidades que cada gênero possui. Atualmente, essa particularidade é reconhecida nos programas e serviços direcionados a saúde do homem, porém com baixa adesão dos mesmos.

Os idosos estão mais vulneráveis a contrair TB, devido a depressão das defesas orgânicas na idade arremetida às condições imunossupressoras (DUARTE S NASCIMENTO V DO; SGAIB, 1993).

No envelhecimento, a imunidade celular, considerada como a maior responsável pela ação à infecção tuberculosa, enfraquece. Em efeito, suas funções de proteção do organismo encontram-se comprometidas, beneficiando a presença de doenças infecciosas (CHAIMOWICZ F, 1997).

Em 2008 as Nações Unidas preconizaram que do total de casos por TB, 85% deveriam evoluir a cura. Nesse estudo a meta foi atingida somente no sexo feminino nos anos de 2007 (93,75%), 2008 (85%) na faixa etária de 60-69 anos; 2010 (90%), 2013 (100%) na faixa etária de 70-79 anos e no ano de 2012 (85,71%) na faixa etária de 80 anos ou mais.

Casos de abandono do tratamento e óbitos por TB foram maiores no sexo masculino 95% dos casos se comparado ao feminino no período de dez anos. O número de óbitos por TB entre os homens está relacionado à dificuldade por adesão a participação do homem nas ações de saúde, uma vez que, o cuidar da saúde e também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

4 | CONCLUSÃO

Para o período considerado neste estudo, a taxa de incidência na população de 80 anos ou mais mostrou-se mais expressiva quando comparada aos outros grupos de idade que apresentou oscilação ao longo dos anos.

O número de casos de abandono e óbito foi considerado elevado no sexo masculino, 95% dos casos comparado ao feminino e em nenhum ano a meta do Ministério da Saúde foi alcançada neste grupo. Nota-se pouca atenção dada ao contexto social de desigualdades em que este grupo está inserido. São indispensáveis novas estratégias intersectoriais que proponham à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Portando, a TB segue sendo uma das prioridades para a saúde pública, devendo o governo melhorar a implementação dos programas de controle da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto dos Indicadores da Atenção Básica**. Informe da Atenção Básica. [acessado 2017 Fev 09]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>.

BELO, M. T. C. T. et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário do estado do Rio de Janeiro. **J. bras. Pneumol**, 2010 set/out; v. 36, n. 5, p. 621-5.

CHAIMOWICZ, F. **Tuberculose em idoso**. In: Rocha MOC, Pedroso ERP, Santos AGR. Infectologia geriátrica. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1997. p. 193-220.

DUARTE, S. N. et al. Tuberculose no idoso. **J Pneumol** 1993; v. 19, n. 2, p. 96-8.

HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procopio Ribeiro de; TEIXEIRA, Gilmário M. A tuberculose no Brasil e no mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 9, n. 2, p. 9-16, 2001.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998.

MARQUES, A. M. C, CUNHA, R. V. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2003; 19 (supl 5):1405-1411.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Tuberculose – Casos Confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação – Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercms.def>. Acesso: 12/02/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2010.

OLIVEIRA, H. M. M. G, et al. **Tuberculose no Idoso em um Hospital de Referência**. Pulmão RJ, 2005.

SANTANA, A. N. C.; TAKAGAKI, T. Y. Tuberculose Pulmonar em Idosos. In: Santana ANC, Takagaki TY. **Atualizações diagnósticas e terapêuticas em Geriatria**. São Paulo: Atheneu; 2007. p.475-480.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**. 2010 mai; v. 26, n. 5, p. 961-70.

VILLA T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; ARCENCIO, R. A.; CARDOZO-GONZALES, R. I. as políticas de controle da tuberculose no sistema de saúde no Brasil e a implantação da estratégia DOTS)1980 – 2005). In: RUFFINO-NETTO, A; VILLA, T. C. S. (org) Tuberculose. **A implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Instituto do Milênio. Rede TB, 2006.

WHORLID HEALTH ORGANIZATION. Stop TB Dept. **Treatment of tuberculosis: guidelines**. 4th ed. Whorld Health Organization., Geneva, Switzerland, 2010.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/ UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Adolescente 2, 3, 7, 17, 64, 209

Alojamento Conjunto 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 110

Assistência 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 38, 39, 40, 49, 50, 51, 62, 63, 64, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 114, 116, 118, 119, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 142, 148, 150, 153, 156, 157, 159, 163, 164, 165, 168, 177, 181, 183, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200

Atenção Primária à Saúde 54, 55, 190

B

Bacharelado em Enfermagem 1, 169

Bioética 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76

C

Clima 24, 25, 26, 28, 30, 31, 35, 36

Comitê 38, 40, 44, 57, 66, 72, 81, 97, 110, 143, 180, 193

Comportamento 24, 25, 28, 29, 30, 31, 36, 44, 79, 89, 164

Consultório 54, 60

Criança 3, 17, 21, 40, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 115, 128, 133, 209

Cuidado 2, 4, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 54, 58, 63, 64, 66, 68, 70, 72, 75, 76, 77, 90, 91, 98, 104, 108, 115, 119, 127, 133, 137, 139, 141, 152, 155, 156, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 168, 170, 171, 173, 187, 189, 195, 196, 199, 206, 208, 209

Cultura 7, 30, 56, 142, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 164

D

Dengue 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129

Desafios 40, 62, 69, 75, 116, 161, 162, 163, 164, 165, 196

E

Educação 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 39, 46, 61, 65, 66, 70, 71, 80, 81, 93, 96, 98, 100, 102, 103, 104, 115, 127, 128, 129, 140, 142, 146, 153, 159, 163, 164, 165, 172, 174, 195, 202, 206, 209

Educação sexual 1, 2, 3, 5, 7, 8

Enfermeiro 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 25, 27, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 72, 75,

96, 98, 100, 102, 105, 108, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 124, 126, 127, 128, 130, 132, 134, 136, 137, 138, 139, 152, 155, 161, 162, 163, 165, 168, 171, 176, 177, 180, 187, 189, 195, 198, 202

Ensino 2, 5, 10, 22, 37, 65, 66, 69, 71, 72, 74, 96, 97, 105, 110, 129, 139, 166, 172, 173, 177, 179, 181, 187, 194

Epidemiologia 128, 151, 202

Equipe 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 42, 49, 54, 61, 66, 68, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 126, 127, 162, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 192, 193, 196, 199

Estratégia de Saúde da Família 10, 16, 64, 116

Estresse 6, 39, 77, 78, 81, 82, 83, 87, 89, 91, 114, 166, 169, 170, 171, 172, 175, 179, 185, 186

Ética 57, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 81, 97, 110, 132, 143, 180, 193

F

Febre Hemorrágica 118, 120, 128, 129

Fisiopatologia 118, 120, 121, 129

G

Gestão 25, 26, 27, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 139, 142, 159, 162, 200

Gravidez 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 114, 136, 141, 142, 148, 192, 195, 198

H

Hipertensão 77, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 124, 141, 142, 149, 155, 158

Hospital Público 24, 25, 26, 73, 116

Humanização 98, 104, 107, 115, 116, 117, 130, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 161, 163, 164, 173, 191, 192, 200

I

Idoso 13, 70, 170, 202, 204, 206, 207

Indígenas 51, 161, 162, 163, 164, 165

Intervenções 12, 14, 19, 40, 45, 89, 118, 119, 120, 124, 130, 133, 137, 138, 141, 148, 156, 172, 192, 197, 198

M

Modalidades de Posição 106

Mortalidade Infantil 23, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

Mortalidade Materna 44, 93, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 150, 151, 155

Mulher 6, 8, 17, 18, 21, 22, 39, 40, 93, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 114, 115, 116, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 141, 142, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 199, 209

N

Neoplasias 54

O

Obstetrícia 20, 93, 109, 132, 138, 198, 209

P

Parto 20, 39, 50, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 148, 149, 150, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200

Parto Humanizado 109, 131, 132, 134, 139, 191

Parturiente 106, 107, 108, 109, 111, 114, 139, 192, 196

Poder 27, 29, 30, 70, 98, 99, 131, 133, 155, 163, 191, 192, 197

Promoção 2, 3, 13, 15, 19, 48, 49, 59, 68, 114, 115, 137, 139, 156, 159, 160, 164, 177, 207, 209

R

Recém-nascido 13, 18, 22, 39, 107, 133, 197

Risco 5, 8, 14, 21, 43, 45, 58, 60, 77, 78, 79, 80, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 109, 110, 125, 126, 127, 128, 132, 133, 141, 145, 151, 173, 176, 177, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188

Risco Ocupacional 176, 177, 181, 186

S

SAMU 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Saúde 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 37, 38, 39, 40, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 179, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195, 199, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209

Saúde Mental 105, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175

Serviços 10, 13, 15, 16, 39, 45, 48, 49, 50, 59, 81, 105, 109, 113, 119, 125, 126, 128, 132, 138, 141, 155, 158, 159, 162, 163, 184, 194, 202, 203, 206

Sinais 55, 58, 59, 60, 61, 81, 83, 86, 88, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 126, 127

Sintomas 6, 7, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 86, 87, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 206

T

Trabalhador 70, 177, 178, 179, 181, 184, 185, 186, 187, 188, 189

Transtornos 166, 167, 168, 169, 174

Trauma 101, 166, 167, 169

Treinamento 20, 77, 78, 79, 89, 90

Tuberculose Pulmonar 202, 203, 207

 **Atena**
Editora
2 0 2 0