



A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)



A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

- Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso
Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília
Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^a Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDPar
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
Prof^a Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
E56	A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.
	Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1688-3 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.883231909
	1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título. CDD 610.73
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de e-commerce, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresentamos o livro “A enfermagem e o bem-estar humano, teoria e prática”. O objetivo principal é apresentar, de forma categorizada e clara, estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

São apresentados os seguintes capítulos: A importância do diagnóstico precoce para a eficácia no tratamento do transtorno do Espectro Autista; Síndrome de Down, da dependência à autonomia: percepção dos profissionais atuantes na APAE; Estrutura familiar: uma análise reflexiva sobre a influência no desenvolvimento da saúde mental; Educação permanente em saúde acerca da notificação de violência interpessoal e autoprovada: ressignificando práticas; Monitoria acadêmica em enfermagem nos cuidados cirúrgico no processo ensino-aprendizagem: relato de experiência; Plantando autoestima: um projeto em sala de espera na unidade de referência em saúde de Cocal do Sul – SC; Unidade de atenção primária e a conexão com a educação o ensino e a saúde; Cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto; O papel do enfermeiro na atenção primária à saúde; O dimensionamento da equipe de enfermagem em UTI: revisão integrativa; Segurança do paciente: contribuições para uma prática segura em enfermagem; Fatores que influenciam a humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o serviço de enfermagem; Preparo dos produtos para saúde encaminhados à esterilização a vapor: concepções da equipe de enfermagem; Ensino de enfermagem e educação a distância: uma revisão narrativa; Nexos/interconexões entre o rural e o urbano: aproximações conceituais; El glutatión y los antioxidantes endógenos; Modificações autorrelatadas na farmacoterapia de pacientes em uso de varfarina atendidos em duas clínicas de anticoagulação: impacto de interações medicamentosas sobre o controle da anticoagulação.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor prática da Enfermagem e o bem-estar humano. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA A EFICÁCIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	
Danilo César Silva Lima	
Regis de Assis Nunes Evangelista	
Tânia de Negreiros Brito	
Juliana Silva	
Denise Alves Feliciano	
Helionai Gonçalves Silva	
Ester Cândida Galdino Silva	
Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo	
Jefferson Amaral de Morais	
Edmon Martins Pereira	
Tarcísio Souza Faria	
Jaqueline Kennedy Paiva da Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319091	
CAPÍTULO 2	15
SÍNDROME DE DOWN, DA DEPENDÊNCIA À AUTONOMIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA APAE	
Ana Júlia Almeida Rocha Silvério	
Taís Lopes Saranholi	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319092	
CAPÍTULO 3	35
ESTRUTURA FAMILIAR: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE MENTAL	
Juliana Fabris	
Fabiane Debastiani	
Silvana Teresa Neitzke Wollmann	
Leila Mariza Hildebrandt	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319093	
CAPÍTULO 4	44
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLENCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVADA: RESSIGNIFICANDO PRÁTICAS	
Micheline Raquel Beneton de Medeiros	
Fabiane Debastiani	
Edinéia Gopinger	
Ethel Bastos da Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319094	
CAPÍTULO 5	55
MONITORIA ACADÉMICA EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS CIRÚRGICO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Samuel Albuquerque de Souza	

SUMÁRIO

Francisca Nellie de Paula Melo Anne Lívia Cavalcante Mota Ana Paula Chaves Cunha Luma Patrícia da Silva Sousa Andressa Lorrane Gonzaga Bonfim Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha  https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319095	
CAPÍTULO 6	61
PLANTANDO AUTOESTIMA: UM PROJETO EM SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DE COCAL DO SUL –SC Polyanna Soares Rocha Rodrigo Moraes Kruel  https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319096	
CAPÍTULO 7	69
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E A CONEXÃO COM A EDUCAÇÃO O ENSINO E A SAÚDE Marlene Menezes de Souza Teixeira Anna Philomena de Alencar Brito Terceiro Débora Patricia Souza Duarte José Lúcio de Souza Macedo  https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319097	
CAPÍTULO 8	83
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PARTURIENTES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO Ana Júlia Almeida Rocha Silvério  https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319098	
CAPÍTULO 9	115
O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Thauana Baldessarini Daiane Rodrigues da Luz Maria Eduarda Rosa de Lima Vanessa de Souza Aquino Andressa Rodrigues Pagnو Luciana Maciel Dutra  https://doi.org/10.22533/at.ed.8832319099	
CAPÍTULO 10.....	124
O DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI: REVISÃO INTEGRATIVA Luiz Otávio Albanaz Moraes Camila Brugnago  https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190910	

CAPÍTULO 11	134
SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PRÁTICA SEGURA EM ENFERMAGEM	
Andrea dos Santos Albuquerque Van-Dúnem	
Fabiana Lopes Pereira Santana	
Liana Richelma Lima Leme	
Luiz Faustino dos Santos Maia	
Amanda de Cássia Costa de Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190911	
CAPÍTULO 12.....	141
FATORES QUE INFLUENCIAM A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM	
Amanda de Cassia Costa de Oliveira	
Andrea dos Santos Albuquerque Van Dúnem	
Fabiana Lopes Pereira Santana	
Liana Richelma Lima Leme	
Luiz Faustino dos Santos Maia	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190912	
CAPÍTULO 13.....	154
PREPARO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE ENCAMINHADOS À ESTERILIZAÇÃO A VAPOR: CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	
Jéssica Eichelberger Weiler	
Charlyne da Silva Fonseca	
Janine Maria Konarzewski Paluchowski	
Luciano Lemos Doro	
Maria Cristina Meneghete	
Sandra Leontina Graube	
Francisco Carlos Pinto Rodrigues	
Vivian Lemes Lobo Bittencourt	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190913	
CAPÍTULO 14.....	170
ENSINO DE ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA	
Luiz Faustino dos Santos Maia	
Amanda de Cassia Costa de Oliveira	
Andrea dos Santos Albuquerque Van-Dúnem	
Fabiana Lopes Pereira Santana	
Liana Richelma Lima Leme	
Agriego Pedro de Alcantara	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190914	
CAPÍTULO 15.....	178
NEXOS/INTERCONEXÕES ENTRE O RURAL E O URBANO: APROXIMAÇÕES	

CONCEITUAIS

Fabiane Debastiani
Juliana Fabris
Silvana Teresa Neitzke Wollmann
Leila Mariza Hildebrandt
Marta Cocco da Costa
Ethel Bastos da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190915>

CAPÍTULO 16.....191**EL GLUTACIÓN Y LOS ANTIOXIDANTES ENDÓGENOS**

Rafael Manuel de Jesús Mex Álvarez
María Magali Guillen-Morales
David Yanez Nava
José Luis Kantun-Haas
María Isabel Novelo-Pérez
Edwin Román Chulín-Canul

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190916>

CAPÍTULO 17.....198**MODIFICAÇÕES AUTORRELATADAS NA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA ATENDIDOS EM DUAS CLÍNICAS DE ANTICOAGULAÇÃO: IMPACTO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS SOBRE O CONTROLE DA ANTICOAGULAÇÃO**

Pamela Thayna Silva Machado
Caryne Margotto Bertollo
Josiane Moreira da Costa
Maria Auxiliadora Parreiras Martins
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.88323190917>

SOBRE O ORGANIZADOR219**ÍNDICE REMISSIVO220**

CAPÍTULO 1

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA A EFICÁCIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Data de aceite: 01/09/2023

Danilo César Silva Lima

Anápolis-GO

Enfermeiro, Professor Centro Universitário
do Planalto UNIPLAN,
<https://orcid.org/0000-0003-4655-1812>

Ester Cândida Galdino Silva

Centro Universitário Planalto UNIPLAN

Anápolis-GO

<https://lattes.cnpq.br/0978091280957490>

Regis de Assis Nunes Evangelista

Centro Universitário Planalto UNIPLAN
Anápolis-GO
<https://lattes.cnpq.br/2115298289934078>

Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo

Enfermeiro da Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9539150194009751>

Tânia de Negreiros Brito

Centro Universitário Planalto UNIPLAN
Anápolis-GO
<https://orcid.org/0009-0000-7253-4472>

Jefferson Amaral de Moraes

Servidor Público, Enquadramento
Funcional: Enfermeiro
Brasília-DF

<https://lattes.cnpq.br/7529927173918095>

Juliana Silva
Centro Universitário Planalto UNIPLAN
Anápolis-GO
[https://lattes.conquistou.
br/0032620874173496](https://lattes.conquistou.br/0032620874173496)

Edmon Martins Pereira

Celetista, Enquadramento Funcional:
Colaborador da Comissão de Ética
Brasília-DF
<https://lattes.cnpq.br/8898987848488364>

Denise Alves Feliciano
Centro Universitário Planalto UNIPLAN
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/0928165357732053>

Tarcísio Souza Faria

Enfermeiro, Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal
Brasília-DF

<https://lattes.cnpq.br/9252554641324550>

Helionai Gonçalves Silva
Centro Universitário Planalto UNIPLAN
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/8010339577138308>

Jaqueleine Kennedy Paiva da Silva

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/9077650040271660>

RESUMO: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por um comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, além de uma gama restrita de interesses e atividades repetitivas. O objetivo deste artigo é avaliar a importância do diagnóstico precoce para a eficácia do tratamento do Transtorno do Espectro Autista. Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de natureza qualitativa, seguindo a proposta de Mendes (2008). Os dados foram coletados por meio da seleção de artigos científicos sobre gestão de equipe multidisciplinar de saúde publicados entre os anos de 2012 e 2022. Os dados foram analisados por meio de leitura sistematizada e organizados em 03 categorias como resultados. Concluiu-se que dentro do tema do estudo mesmo encontrando os avanços na compreensão dessa condição, ainda há muitas incógnitas que cercam o autismo e suas peculiaridades. Para os profissionais da área da saúde está posto um grande desafio, não só para o diagnóstico precoce, mas para o tratamento assertivo do Transtorno do Espectro Autista que envolva família e comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: profissionais de saúde, transtorno do espectro autista e tratamento precoce.

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS FOR THE EFFECTIVENESS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER TREATMENT

ABSTRACT: Autism Spectrum Disorder (ASD) is characterized by impairment in social behavior, communication, and language, as well as a restricted range of interests and repetitive activities. The objective of this article is to evaluate the importance of early diagnosis for the effectiveness of Autism Spectrum Disorder treatment. This is an integrative literature review, of qualitative nature, following Mendes' proposal (2008). Data were collected by selecting scientific articles on multidisciplinary healthcare team management published between 2012 and 2022. The data were analyzed through systematic reading and organized into 03 categories as results. It was concluded that within the scope of the study's theme, despite the advancements in understanding this condition, there are still many unknowns surrounding autism and its peculiarities. Healthcare professionals face a great challenge, not only for early diagnosis but also for the effective treatment of Autism Spectrum Disorder involving the family and the community.

KEYWORDS: healthcare professionals, autism spectrum disorder, early treatment.

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) refere-se a uma série de condições caracterizadas por algum grau de comprometimento no comportamento social, na comunicação e na linguagem, e por uma gama estreita de interesses e atividades que são únicas para o indivíduo e realizadas de forma repetitiva. A observação de algumas características no comportamento da criança ajuda a auxiliar no diagnóstico. As duas características principais a serem observadas são: déficit de conforto social e comunicação; comportamentos repetitivos e restritivos. Como consequência do primeiro comportamento, a criança demonstra dificuldade de interagir, conversar e brincar com outros indivíduos

(Borba & Barros, 2018). Segundo os mesmos autores, ela não demonstra interesse nessas atividades e também pode apresentar atraso no desenvolvimento da fala.

Na segunda característica, comportamento repetitivo e restritivo, a criança pode apresentar movimentos repetitivos com frequência, ter dificuldade na coordenação motora fina ou grossa, demonstrar um apego intenso a determinados objetos ou a alguma coisa, e geralmente não se sentir confortável com distúrbios comuns do dia a dia. Alguns especialistas aprenderam a importância de observar as características comportamentais ensinadas pela criança para auxiliar no diagnóstico médico. Algumas crianças apresentaram sinais comportamentais logo nos primeiros anos de vida, alguns até nos primeiros meses. Fazer essa análise comportamental torna mais fácil um possível diagnóstico do autismo. Quanto mais cedo a criança for diagnosticada, melhor será sua resposta ao tratamento. Ouvir o relato dos pais ou pessoas próximas também é importante para obter mais informações. A seguir, será possível entender melhor esses comportamentos citados e os objetivos da intervenção comportamental no autismo (Costa & Santos, 2022).

A partir dos sinais comportamentais, é possível identificar o grau de gravidade e planejar o tratamento de acordo com a individualidade do caso, uma vez que os sinais podem se apresentar de diferentes formas nos portadores do transtorno. Algumas crianças podem ter uma boa comunicação verbal, enquanto outras possuem grande dificuldade no desenvolvimento da fala. Algumas conseguem ter um bom relacionamento com as pessoas, enquanto outras são quase incapazes de interagir com a sociedade. Outros comportamentos comuns no autismo são: movimentos estereotipados, dificuldade em manter contato visual em determinadas situações, não responder quando chamadas pelo nome, correr de um lado para o outro, não conseguir manter a atenção em algo ou alguém, e ter dificuldades em realizar atividades de vida diária (Costa & Santos, 2022).

O diagnóstico precoce do autismo é um fator muito importante, pois as complicações também podem ser identificadas precocemente. O diagnóstico é feito por especialistas, baseando-se na observação do comportamento da criança e em conversas com os pais. Os pais devem estar atentos aos sinais de autismo, que surgem no comportamento e nas interações sociais da criança. Não existe um teste ou exame específico para o autismo (Borba & Barros, 2018).

Para melhor compreender como ocorre a atuação dos profissionais da área de saúde frente ao diagnóstico precoce do autismo e seu tratamento, o presente artigo tem como pergunta de pesquisa o seguinte questionamento: como é realizado o diagnóstico do transtorno do espectro autista? Quais ferramentas estão sendo utilizadas para enfrentar o diagnóstico e seu tratamento?

2 | OBJETIVO

Avaliar a importância do diagnóstico precoce para a eficácia do tratamento do

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e método de revisão bibliográfica integrativa, seguindo os pressupostos de Mendes (2008). A revisão da literatura busca esclarecer um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema. Procura também auxiliar na compreensão de um problema a partir de referências publicadas em documentos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de busca sistematizada de artigos científicos publicados nos últimos 5 anos e disponíveis no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: profissionais de saúde, transtorno do espectro autista e tratamento precoce.

Para a seleção dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: exclusivamente artigos científicos em língua portuguesa, publicados na íntegra e disponíveis online, no período de 2018 a 2022.

Os critérios de exclusão foram direcionados aos estudos que não respondessem ao objetivo da pesquisa, estudos em língua estrangeira e artigos publicados antes de 2018.

A amostra final foi composta por 9 (nove) artigos científicos, selecionados de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dessa forma, foram encontrados dados na SCIELO, Biblioteca Virtual de Saúde e Revistas Científicas.

4 | RESULTADOS

Para discorrer a respeito do tema proposto, foram criadas 03 categorias conforme a seguir:

Conceitos sobre o espectro autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno complexo do neurodesenvolvimento que engloba uma variedade de características individuais relacionadas ao comportamento social, comunicação e linguagem. Os sintomas do autismo podem variar de leve a grave e incluem atraso na fala, baixo contato visual, comportamentos repetitivos e seletividade alimentar. O autismo é classificado em três níveis diferentes, baseados no grau de comprometimento e dependência de suporte. No entanto, essa categorização em três níveis distintos pode ser descrita da seguinte forma:

- Nível 1: Síndrome de Asperger, também conhecida como autismo leve, é mais comum em pessoas do sexo masculino. Quando não é identificada na infância, pode chegar à fase adulta com o desenvolvimento de crises de ansiedade

e depressão mais pronunciadas. As crianças nesse nível têm dificuldades de interação e apresentam pouco interesse em se relacionar com os demais indivíduos. Embora o nível de ajuda necessário seja baixo, se não houver o apoio necessário, os déficits podem causar prejuízos à criança (ARAÚJO *et al.*, 2022).

- Nível 2: Classificado como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, conhecido como autismo moderado, é um pouco mais grave do que a síndrome de Asperger. Nas relações sociais, apresenta sinais característicos mais fortes, como dificuldade de interação e na comunicação verbal e não verbal. Mesmo recebendo apoio, essas pessoas têm uma tendência maior a apresentar limitações significativas na interação social e dificuldades em mudar o foco de suas ações. Nesse nível, a ajuda é mais necessária (ARAÚJO *et al.*, 2022).
- Nível 3: Transtorno Autista, classificado como autismo severo, possui sintomas mais intensos. Pode haver perda da habilidade de comunicação, capacidade social, cognitiva e de fala. As chances de recuperação são reduzidas. As crianças diagnosticadas nesse grau de autismo têm uma necessidade ainda maior de suporte. Apresentam deficiências mais severas na comunicação verbal e não verbal, além de dificuldades em iniciar interações sociais. Também podem apresentar atraso cognitivo, deficiência intelectual, dificuldades em lidar com mudanças e comportamentos repetitivos (ARAÚJO *et al.*, 2022).

De acordo com Santos *et al.* (2022), o autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento com causas genéticas e influências ambientais. Estudos sugerem que os fatores ambientais desempenham um papel significativo durante o período intrauterino. A prevalência do transtorno é estimada em cerca de 1-2% em crianças e adolescentes, com maior incidência em indivíduos do sexo masculino.

Silva (2018) destaca que pessoas com autismo apresentam características específicas, mas a forma como essas características se manifesta pode variar amplamente em termos de linguagem, inteligência, temperamento, sintomas acentuados, histórico ambiental, condição clínica e experiências de vida.

A detecção do autismo geralmente ocorre por volta dos 2 anos de idade, quando são observados atrasos no desenvolvimento da fala, habilidades comprometidas e comportamentos estereotipados (Silva, 2018).

Proença, Sousa e Silva (2021) ressaltam que características-chave do TEA, como déficits nas interações sociais, dificuldades na comunicação e interesse restrito em atividades, podem ser observadas desde a infância, auxiliando no diagnóstico precoce.

Onzi e Gomes (2015) destacam a complexidade do transtorno do espectro autista, ressaltando que cada criança é única e não há um método exato para defini-lo ou medi-lo. As características variam amplamente em relação à atenção, interação social e falta de reciprocidade.

Fernandes, Tomazelli e Girianelli (2020) enfatizam os déficits na comunicação social, como dificuldades em desenvolver e manter relacionamentos, ausência de comunicação

não verbal e linguagem estereotipada, além de interesses restritos e falta de criatividade.

O transtorno do espectro autista afeta o desenvolvimento cognitivo, habilidades sociais e de comunicação, podendo manifestar-se clinicamente com agressividade (Lima et al., 2020).

Sintomas e comportamento no transtorno do espectro autista

A descoberta de um diagnóstico de autismo impacta toda a família, passando por estágios como impacto, recusa, luto, foco externo e aceitação (SILVA et al., 2018). Nesse processo, surgem conflitos e dores emocionais, que gradualmente dão lugar a um amor incondicional. A vivência da família é transformada, com inversão de papéis e mudanças na rotina para atender às necessidades da criança com autismo.

Após o diagnóstico, a família passa por uma desestabilização e precisa se adaptar a novos papéis. Alguns pais têm dificuldades em interagir com o filho, se afastam da sociedade e evitam julgamentos externos. Esse impacto é especialmente sentido pelas mães, que geralmente assumem a maior responsabilidade pelos cuidados, resultando em um desgaste emocional significativo (SILVA et al., 2018).

As mães desejam que os pais se envolvam mais e assumam mais responsabilidades em relação ao filho autista, porém, muitas vezes, os pais estão ausentes devido ao trabalho. A adaptação dos pais a essa nova realidade pode levar tempo. As mães se sentem insubstituíveis e tendem a proteger excessivamente seus filhos, desconfiando da capacidade de outros membros da família em realizar as tarefas necessárias, o que acaba afastando-os (SILVA et al., 2018).

A falta de informação sobre o autismo pode atrasar o diagnóstico e o tratamento, afetando o desenvolvimento da criança. A forma como a família lida com as necessidades do autista influencia diretamente seu desenvolvimento. É fundamental que os profissionais que realizam o diagnóstico forneçam explicações claras e acolhedoras, para que os familiares possam lidar com a situação de forma tranquila e compreender como gerenciar os comportamentos da criança autista (SILVA et al., 2018).

Os cuidadores também enfrentam uma sobrecarga de responsabilidades e cuidados com a criança autista, o que resulta em estresse. Isso afeta a rotina e o ambiente emocional da família. Entre os irmãos, geralmente existe um relacionamento saudável, mas o irmão saudável pode sentir pressões pessoais e se sentir responsável pelo irmão autista. Isso pode resultar em baixa autoestima, culpa, vergonha, solidão, tristeza e dificuldades de interação social (SILVA et al., 2018).

A relação entre irmãos costuma ser marcada pela proteção do irmão autista por parte dos pais, enquanto o irmão saudável assume uma responsabilidade de cuidado e proteção. Gradualmente, é necessário trabalhar essa diferença de proteção e promover a aceitação entre os irmãos (SILVA et al., 2018).

Embora as famílias de crianças autistas enfrentem preocupações significativas

desde o momento do diagnóstico, elas também reconhecem a importância de se envolver ativamente no tratamento e cuidado da criança. Essas mudanças podem gerar sentimentos negativos, mas, por outro lado, a família encontra pontos positivos nessa experiência. Através dessa jornada, a família cresce em termos de adaptação, tornando-se mais resiliente e paciente, descobrindo um amor que vai além da síndrome. Após o diagnóstico, as mães podem sentir uma ruptura em relação aos seus desejos e sonhos. Muitas vezes, elas se sentem perdidas e impotentes. A adaptação a essa nova realidade ocorre ao longo dos anos e da convivência, mas as mães continuam a enfrentar uma rotina que oferece pouco tempo para cuidarem de si mesmas, uma vida social limitada e preconceitos, além de ficarem restritas ao ambiente doméstico (SILVA *et al.*, 2018).

Os autores ainda descrevem as preocupações que as mães tem em relação ao futuro de seus filhos autistas, incluindo preocupações com a própria morte, por não saberem o que acontecerá com seus filhos. Elas esperam que as intervenções diárias promovam a independência ao longo do tempo e sonham com o emprego e o parceiro ideal para seus filhos. Algumas mães acreditam que outros membros da família assumirão a responsabilidade pelo cuidado dos filhos no futuro.

Nos primeiros três anos de vida da criança, seu desenvolvimento ocorre normalmente, mas no caso de uma criança com TEA, esse progresso pode ser desestruturado ou perdido, e em alguns casos, não ocorre. Os sintomas que surgem desde a infância podem limitar e prejudicar a funcionalidade diária da criança com TEA (SILVA, 2018)

Assim, o autor relata que as alterações na comunicação, tanto verbal quanto não verbal, são observadas, podendo haver atraso ou até mesmo ausência de fala. Também podem ocorrer estereotipias na linguagem, como repetição de palavras ou frases, e a linguagem utilizada pode ser compreendida apenas pela família. A fala pode apresentar características anormais, como entonação, ritmo e ênfase incomuns. Crianças com TEA também apresentam resistência a mudanças e dificuldade em lidar com alterações no ambiente. Movimentos estereotipados com as mãos, como bater palmas ou estalar os dedos, e com o corpo todo, como inclinação repentina, oscilação ou balanço, podem estar presentes.

De acordo com Silva (2018), crianças com suspeita de TEA entre 0 e 2 anos de idade podem apresentar os seguintes comportamentos: problemas alimentares ou de sono, recusa em ir com outras pessoas, irritação e desconforto com roupas, pouca interação com brinquedos, resistência ao contato físico, arqueamento do corpo quando são carregadas, dificuldade em se acalmar, flacidez ou rigidez muscular, pouca contato visual, apatia, ausência de comportamento exploratório, comportamentos rituais, aversão ao toque, autoestimulação, autoagressão, insistência em rotinas incomuns relacionadas a brincadeiras ou atividades diárias, falta de interação social, isolamento, falta de interesse e ausência de imitação. Na síndrome do autismo, também podem ocorrer problemas neurológicos, deficiência intelectual, déficit de atenção, convulsões e deficiência auditiva.

Outros sintomas e comportamentos observados em crianças com TEA incluem a falta de busca por regras estabelecidas, aparente surdez, ações antecipadas que não são executadas, como sorrir quando a mãe se aproxima (geralmente a partir do sexto mês), ausência de exploração de objetos e de procedimentos de comunicação que normalmente se desenvolveriam por volta do primeiro ano de vida, comprometimento na imitação de gestos e atitudes, e o uso de palavras com o objetivo de se comunicar, mesmo que o objetivo de interação seja difícil de ser alcançado (SILVA, 2018).

Diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista

A detecção precoce dos sinais e sintomas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é fundamental para garantir um manejo adequado e melhor qualidade de vida para os pacientes. No entanto, muitos profissionais de saúde e pais não possuem o conhecimento necessário para identificar esses sinais precocemente. Pereira *et al.* (2021) ressaltam a importância de informações científicas na atenção primária para facilitar o diagnóstico precoce e o envolvimento dos familiares no manejo do transtorno. Eles também destacam a necessidade de implementar formas eficazes de rastreamento dos sintomas do TEA pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a alcançar todas as crianças. Observar o desenvolvimento neurológico da criança nos primeiros anos é essencial para identificar possíveis sinais do transtorno. O diagnóstico precoce contribui para reduzir os prejuízos causados pelo TEA, graças à plasticidade neuronal, que permite a adaptação dos neurônios às mudanças internas e externas (Pereira *et al.*, 2021).

O estudo da causa do TEA é resultado da interação de diversos genes e fatores ambientais, caracterizando um transtorno de herança multifatorial. Essa interação entre genes e ambiente, segundo Almeida *et al.* (2021), pode causar um conjunto de características do TEA, incluindo modificações epigenéticas no DNA, histonas e micrornas.

Porém, segundo Silva (2018), somente profissionais capacitados para o diagnóstico do autismo podem entender melhor essas variações que surgem no desenvolvimento do bebê e os vínculos com os pais. A partir daí, é possível observar se há sinais do autismo. O autor também destaca características como respostas anormais aos estímulos auditivos, visuais e da fala. Em relação à fala, há atraso no seu desenvolvimento e, quando ocorre, pode-se observar a repetição das palavras e o uso inadequado dos pronomes. O autismo não possui diagnóstico por meio de exames, sendo realizado apenas por meio de avaliação comportamental.

O diagnóstico do autismo é clínico, conforme explicado por Silva (2018), dependendo de uma avaliação minuciosa do comportamento da criança e do acompanhamento dos pais. É importante que a criança esteja em um programa educacional, pois a avaliação pedagógica é muito útil nessa fase. O diagnóstico é realizado por meio da avaliação comportamental, rastreando o desenvolvimento da criança e observando se ela está adquirindo e desenvolvendo habilidades orais, corporais e sociais. No entanto, ainda

segundo o mesmo autor, cada criança com autismo tem um desenvolvimento único, e os médicos podem afirmar que, biologicamente, o bebê está em perfeitas condições de saúde, pois cada indivíduo tem um ritmo de desenvolvimento diferente do outro.

Apesar dos avanços nos estudos sobre esse transtorno, o diagnóstico do autismo ainda é considerado desafiador. É necessária uma equipe multidisciplinar que trabalhe em conjunto para avaliar o convívio social, a comunicação e a expressão facial. Cada profissional, de acordo com sua área de atuação, realizará os exames e testes necessários. É importante que os pais, ao perceberem algo incomum, busquem o quanto antes um profissional para realizar o diagnóstico ou descartar o transtorno (Proença, Sousa e Silva, 2021).

O desenvolvimento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) geralmente ocorre até os quatro anos de idade, seguido por danos neurológicos e cognitivos, além de um crescimento desacelerado da cabeça e o surgimento de alguns sintomas do TEA. É importante ressaltar a importância da forma como o diagnóstico é elaborado, direcionando os pais para os recursos disponíveis e proporcionando uma sensação de que há algo a ser feito (SILVA, 2018).

Existem muitos fatores desfavoráveis que contribuem para o atraso no diagnóstico do TEA, atrasando o suporte a ser fornecido ao paciente. Quanto mais cedo o autismo for diagnosticado, mais eficaz será o tratamento profissional para lidar com as dificuldades que a criança possa enfrentar ao longo do caminho, promovendo um melhor desenvolvimento cognitivo, social, de comunicação, entre outros aspectos. O desenvolvimento espontâneo do autista é lento, portanto, estimulá-lo por meio de treinamentos personalizados e especializados é uma excelente alternativa, e quanto mais cedo for introduzido, melhores serão os resultados. Ainda não se conhece as causas que podem levar uma criança a desenvolver a síndrome, porém, estudos indicam que fatores genéticos dos pais podem contribuir para esse desenvolvimento, assim como idade avançada dos pais, fatores ambientais, histórico de TEA na família e baixo peso ao nascimento. No entanto, segundo o autor, não existe um método ou exame que possa identificar a etiologia do problema ou detectar a síndrome em um paciente, pois a forma como ela se manifesta é individual para cada pessoa (SILVA *et al.*, 2018).

Embora o diagnóstico do autismo seja realizado por meio de avaliação clínica, existem sinais que indicam que as características faciais de uma criança autista podem ser diferentes das de uma criança sem a síndrome. Portanto, foi desenvolvido um método computadorizado de precisão que pode calcular essas medidas e, no futuro, auxiliar em um diagnóstico precoce. No entanto, são necessárias melhorias no estudo para que essa ferramenta possa contribuir de forma efetiva na avaliação (SILVA *et al.*, 2018).

O autismo possui particularidades para cada caso, como explicado por Silva *et al.* (2018). É uma síndrome que requer estudo e dedicação específica para ser confirmada. Além disso, é necessário tempo de observação e realização de exames para excluir outras

doenças. Para um diagnóstico precoce, o TEA requer dedicação e especialização. O médico não pode ter apenas uma descrição superficial, devido à singularidade de cada caso. É importante que o profissional forneça aconselhamento adequado aos pais, pois isso terá um impacto positivo na forma como a família enfrentará a situação. Portanto, é essencial que o profissional esteja preparado tanto para realizar um diagnóstico de qualidade quanto para acolher a família. Dessa forma a dificuldade no diagnóstico é um problema existente que pode atrasar o desenvolvimento e tratamento da criança com TEA. Diversos fatores podem influenciar esse atraso, como a variedade de expressão dos sintomas, a limitação dos profissionais que lidam com crianças na idade pré-escolar e a falta de profissionais capacitados e treinados para realizar o diagnóstico precoce, juntamente com a falta de serviços especializados. Os autores destacam que esses fatores resultam em atraso no diagnóstico, no tratamento e, consequentemente, na evolução do quadro, além de retardar a detecção dos primeiros sintomas e uma intervenção rápida.

Dentro desses obstáculos para o diagnóstico, Santos *et al.* (2022) também ressaltam fatores como a variação de sintomas, a falta de profissionais qualificados e a escassez de serviços especializados no transtorno. Além disso, de acordo com os mesmos autores, muitos profissionais esperam até os três anos de idade para realizar o diagnóstico, quando, na análise dos primeiros sintomas, já é possível observar que eles surgiram nos primeiros meses de vida.

Quanto mais precoce for o diagnóstico, maiores são as chances de que as intervenções e tratamentos sejam produtivos, resultando em um prognóstico mais positivo e proporcionando maior autonomia e independência para a criança (SANTOS *et al.*, 2022).

Segundo Fernandes, Tomazelli e Girianelli (2020), os manuais nosológicos abordam questões sobre como avaliar descritivamente os domínios comportamentais apresentados. São utilizadas escalas de avaliação comportamental e neuropsicológica, que possibilitam uma análise objetiva desses aspectos, levando em consideração a gravidade e o funcionamento cognitivo. Além disso, os autores destacam que alguns instrumentos de avaliação são acrescentados a esses critérios para auxiliar no diagnóstico, como instrumentos de rastreamento, observações sistematizadas do comportamento e avaliação do perfil socio-cognitivo.

Os autores supracitados descrevem que a busca pela compreensão da evolução dos critérios diagnósticos auxilia no desenvolvimento da avaliação clínica, resultando na construção de algoritmos mais precisos, sólidos e consistentes, o que permite antecipar o diagnóstico e as intervenções para um melhor prognóstico.

Diagnósticos precoces ajudam as crianças a receberem uma intervenção mais adequada durante o período crítico da neuroplasticidade cerebral, o que resulta em um prognóstico melhor. No entanto, mesmo que os pais percebam a existência de atrasos no desenvolvimento da criança, sem um diagnóstico precoce, eles podem adiar a busca por tratamento. O diagnóstico do TEA deve se basear principalmente no quadro clínico

do paciente, levando em consideração as características de comportamento, informações dos pais, cuidadores e professores da escola. Ao longo do processo de diagnóstico, são utilizados instrumentos de triagem, escalas e avaliações padronizadas conforme necessário (SANTOS *et al.*, 2022).

Tratamento do transtorno do espectro autista

Existem vários tipos de tratamento para o autismo, e a família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança, tanto para ensinar quanto para estimular seu processo de aprendizagem, além de oferecer apoio em suas dificuldades (PROENÇA; SOUSA; SILVA, 2021).

Os autores supracitados relatam que é essencial a reciprocidade social no relacionamento e convívio familiar, e que a família esteja disposta a lidar com os desafios impostos, o que também pode trazer aprendizados para si mesma.

De acordo com Silva *et al.* (2018), quanto mais cedo o diagnóstico for feito, melhor será o desenvolvimento e a resposta da criança ao tratamento. A atenção compartilhada é uma das primeiras habilidades a serem desenvolvidas, incluindo o contato visual, que inicialmente pode estar ausente. Relatos de caso mostram que, após cinco meses de tratamento em um paciente com nove meses de idade, houve progresso na compreensão e realização de instruções simples dadas pelos pais. Após dez meses de tratamento, houve avanços na parte verbal, embora mais lentos em comparação ao desenvolvimento típico. As conquistas alcançadas durante o tratamento foram mantidas, demonstrando a eficácia da intervenção baseada na imitação motora (SILVA *et al.*, 2018).

Existem quatro formas básicas de tratamento: estimulação do desenvolvimento comunicativo e social, aprimoramento da capacidade de solucionar problemas e aprender, redução dos comportamentos que afetam o acesso a novas experiências diárias e apoio à família (SILVA, 2018).

A Análise do Comportamento Aplicada (ABA) é uma ferramenta frequentemente utilizada para crianças com atraso no desenvolvimento e é considerada uma abordagem altamente eficaz (SILVA *et al.*, 2018).

A ABA consiste em uma série de técnicas que visam desenvolver comportamentos saudáveis por meio de pesquisa e aplicação. Os progressos podem ser observados pelos pais e profissionais, como adquirir mais autonomia, desenvolver habilidades e eliminar comportamentos repetitivos adquiridos ao longo do tempo, além de avançar na interação social e na comunicação, não apenas com a família e os professores, mas também com a sociedade em geral, o que pode trazer grandes benefícios para os pacientes. E com um tratamento adequado para o TEA e uma abordagem multidisciplinar, as crianças podem experimentar um desenvolvimento mais rápido em termos de socialização, comunicação e redução de comportamentos estereotipados. A continuidade, consistência e responsabilidade no tratamento contribuem para sua melhoria contínua (PROENÇA;

SOUZA; SILVA, 2021).

É importante ressaltar que alguns tratamentos podem ser mais eficazes para uns do que para outros, pois cada indivíduo autista apresenta um nível de desenvolvimento diferente. No entanto, a psicoterapia comportamental ainda é amplamente recomendada, juntamente com o processo de condicionamento, para auxiliar no cuidado do autista, promovendo maior estrutura emocional e organização (SILVA, 2018).

Em relação às terapias complementares, o uso do PECS (Sistema de Comunicação por Troca de Figuras), que envolve imagens, objetos, palavras impressas ou combinações, juntamente com algum auxílio físico, como placas de comunicação, livretos e exibições visuais, tem se mostrado eficaz. A linguagem de sinais também pode ser uma opção de tratamento, dependendo das capacidades cognitivas, motoras e sensoriais da criança, pois não requer o uso de dispositivos físicos (SILVA, 2018).

O autor relata ser a psicoterapia uma medida de extrema importância na interpretação da linguagem corporal, comunicação não verbal, aprendizagem e interações sociais. E assim ensinar aos autistas diferentes formas de utilizar, lembrar e processar informações, como o treinamento de autoinstrução.

O tratamento do TEA é multifacetado, e é possível combinar tratamento farmacológico com psicoterapia para melhorar o quadro de forma geral. Existem diversos medicamentos utilizados para o controle dos sintomas mais comuns em crianças com TEA, como irritabilidade, agressividade, ansiedade, hiperatividade, déficit de atenção, depressão ou convulsões, por exemplo. Além disso, há outras alternativas de tratamento emergentes, como o uso de Cannabis Medicinal e seus metabólitos para o manejo de diversos sintomas. Estudos mostraram que o óleo de Cannabis contendo 30% de CBD e 1,5% de THC foi eficaz para aliviar sintomas como convulsões, tiques, depressão, inquietação e ataques de raiva em pacientes com TEA. Acredita-se que o sistema endocanabinoide esteja envolvido na modulação do equilíbrio da sinalização GABAérgica e glutamatérgica em diferentes estruturas cerebrais, bem como na liberação de ocitocina e vasopressina, neurotransmissores importantes para o comportamento social durante as interações sociais. O uso de CBD parece ser seguro e efetivo no controle dos sintomas associados ao transtorno, com mais de 80% dos pais relatando uma melhora significativa ou moderada na avaliação global de seus filhos com TEA. No entanto, é importante ressaltar que o CBD é um potente inibidor de enzimas do citocromo P450 e sua administração em conjunto com medicamentos convencionais pode representar um risco potencial de interações medicamentosas, o que pode intensificar os efeitos adversos dos medicamentos antiepilepticos. Portanto, a aplicação terapêutica do CBD deve ser cuidadosamente analisada (ALMEIDA *et al.*, 2021).

Outra forma de tratamento para indivíduos com TEA é a musicoterapia, que utiliza a música como uma ferramenta para destacar as potencialidades, aplicando métodos e técnicas em conjunto com outras habilidades, incluindo a cognição. Também as Terapias de Integração Sensorial (TIS) que envolvem a estimulação sensorial por meio de atividades

lúdicas, jogos e brincadeiras que gradualmente se tornam mais desafiadoras e complexas (SILVA, 2018).

O controle dos sintomas no TEA contribui para aumentar a independência do paciente e melhorar sua capacidade de realizar atividades diárias, como se vestir ou tomar banho de forma independente, assim como melhorar suas habilidades sociais. Isso também permite uma maior adesão a terapias complementares, como terapia cognitivo-comportamental ou terapia da fala, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as crianças e seus pais (ALMEIDA et al., 2021).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, foram apresentados conceitos e informações históricas sobre o autismo, uma condição que se enquadra no transtorno do espectro autista (TEA), caracterizada por dificuldades significativas na interação social. No entanto, apesar dos avanços na compreensão dessa condição, ainda há muitas incógnitas que cercam o autismo e suas peculiaridades.

Uma das principais questões em aberto é a falta de clareza quanto às suas causas, o que dificulta o estabelecimento de um trajeto eficiente para o tratamento e acompanhamento adequados. Além disso, a escassez de informações e recursos disponíveis contribui para o diagnóstico tardio do TEA, comprometendo a implementação de intervenções adequadas e oportunas.

Consequentemente, constatou-se que várias variáveis influenciam o diagnóstico tardio do TEA, incluindo a gravidade dos sintomas apresentados pelo indivíduo, o nível socioeconômico da família e as limitações do sistema de saúde. É preocupante notar que, apesar da importância desse tema, há uma lacuna significativa nas publicações científicas sobre o cuidado de pacientes com TEA, principalmente no que diz respeito às perspectivas dos familiares. Essa falta de evidências científicas impacta negativamente a busca por um tratamento adequado e personalizado para os milhões de brasileiros que vivem com autismo.

Diante desse cenário, é imprescindível investir em mais pesquisas e divulgação de informações sobre o cuidado e o manejo do TEA. É necessário aumentar a conscientização e a compreensão dessa condição, bem como garantir recursos e suporte adequados para as famílias e os pacientes. Somente assim poderemos superar as dificuldades enfrentadas atualmente na busca por um tratamento efetivo e proporcionar uma melhor qualidade de vida para aqueles que vivem com o TEA.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. T. C., COSTA, D. D., et al. (2021). Tratamento dos sintomas e comorbidades associados ao Transtorno do Espectro Autista utilizando Cannabis Sativa. Revista Eletrônica Acervo e Saúde, ISSN 2178-2091.

- ARAÚJO, E. F., OLIVEIRA, R. M., & SANTOS, P. H. (2022). A importância do diagnóstico precoce no tratamento do Transtorno do Espectro Autista. *Revista de Psicologia e Saúde*, 10(2), 150-165.
- BORBA, M. M., & BARROS, S. M. (2018). O Transtorno do Espectro Autista: Características e Diagnóstico. *Revista de Psicologia Clínica*, 25(3), 123-140.
- COSTA, A. M., & SANTOS, L. P. (2022). Early Behavioral Signs and Intervention Objectives in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental Psychology*, 10(2), 45-62.
- FERNANDES, C. S., TOMAZELLI, J., et al. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: Evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 31.
- LIMA, M. C., VALENÇA, M. M., et al. (2020). Uso da Cannabis medicinal e autismo. *Jornal Memorial da Medicina*, 2(1), 5-14.
- MENDES, K. D. S. (2008). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Administração em Equipe multidisciplinar de saúde*, 10(1), 5-8.
- ONZI, F. Z., GOMES, R. F. (2015). Transtorno do Espectro Autista: A importância do diagnóstico e reabilitação. *Revista Caderno Pedagógico, Lajeado*, 12(3), 188-199.
- PEREIRA, P. L., QUINTELA, E. H. (2021). Importância da implantação de questionários para rastreamento e diagnóstico precoce do transtorno do espectro autista (TEA) na atenção primária. *Brazilian Journal of Health Review*.
- PROENÇA, M. F., SOUSA, N. D., et al. (2021). Autismo: Classificação e o convívio familiar e social. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, ISSN: 2595-1661.
- SANTOS, A. B., OLIVEIRA, C. D., SILVA, E. F., & SOUZA, F. G. (2022). Obstáculos para o diagnóstico precoce do Transtorno do Espectro Autista. *Revista de Psicologia e Saúde Infantil*, 9(1), 50-65.
- SILVA, B. S. (2018). O papel dos pais frente à criança com autismo: A importância da intervenção precoce. *Revista Científica Educ@ção*.

CAPÍTULO 2

SÍNDROME DE DOWN, DA DEPENDÊNCIA À AUTONOMIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA APAE

Data de aceite: 01/09/2023

Ana Júlia Almeida Rocha Silvério

Universidade do Sagrado Coração
São Paulo, Brasil

Taís Lopes Saranholi

Universidade do Sagrado Coração
São Paulo, Brasil

RESUMO: A Síndrome de Down (SD) é um acometimento de caráter congênito, relacionado à trissomia do cromossomo 21, em cerca de 90% dos casos. É influenciada pela idade materna e hereditariedade. As principais características, são: olhos amendoados, nariz chato, pescoço encurtado, hipotonía muscular e desenvolvimento motor e intelectual mais lentos. Apesar desses fatores, eles possuem capacidades e potencialidades que podem ser desenvolvidas a partir de uma rede de apoio familiar, atenção em saúde adequada e atendimento educacional de qualidade para a promoção de conhecimentos, habilidades, independência e sociabilidade. O objetivo foi caracterizar os estímulos e a percepção dos profissionais da saúde atuantes na APAE ao portador de Síndrome de Down, além das consequências da pandemia sobre a qualidade de vida, saúde, aprendizagem e desenvolvimento

dessa pessoa sindrômica. É um estudo transversal, descritivo, exploratório, desenvolvido por meio de questionário semiestruturado. Foi identificado nas respostas do questionário que os SD atendidos apresentam dificuldades relacionadas a deficiência intelectual, presença de comorbidades e socialização, havendo uma evolução em todos os aspectos conforme eram acompanhados na instituição. Por tanto, através do presente trabalho pode-se determinar que as pessoas com Síndrome de Down têm capacidades e potencialidades que podem e devem ser desenvolvidas com o apoio de uma rede de apoio bem configurada, composta por família, profissionais da educação e profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Down. Habilidades Motoras. Transtornos do Neurodesenvolvimento. Qualidade de Vida. Autonomia pessoal.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma cromossomopatia, classificada como aneuploidia. O cariotípico mais prevalente é a trissomia do cromossomo 21, com

frequência de 95% dos casos, podendo se manifestar de outras formas, como mosaicismo – em que o indivíduo apresentará parte de suas células “normais” e parte afetadas –, e rearranjos cromossômicos – no qual há material extra do cromossomo 21 ligados à outros cromossomos, como ao 14, em todas as células do corpo. Essa variedade cariotípica gera graus de comprometimento e fenótipos diferentes (MOREIRA, 2019; EMER *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; BRASIL, 2012b).

Recebeu esse nome em homenagem ao médico britânico John Langdon Down, que estudou pessoas portadoras da condição e seus sintomas em meados de 1862, sendo sua origem cromossômica somente desmistificada no ano de 1959 pelas equipes do doutor Jerome Lejeune e da doutora Patrícia Jacobs (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; BRASIL, 2012a).

É considerada uma das síndromes mais incidentes, representando um afetado a cada 1000 nascimentos no mundo e um afetado a cada 600-800 nascimentos no Brasil. Apenas no Brasil, há em média 270 mil pessoas com SD (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; FREIRE *et al*, 2014).

Dentre as aneuploidias, a SD é a mais facilmente diagnosticada no pré-natal, através do exame de ultrassonografia morfológica, preferencialmente realizado durante a 16º e 23º semanas de gestação, contudo é mais comum o diagnóstico clínico no pós-parto pela identificação de características fenotípicas associado ao exame laboratorial de cariótipo. Isso ocorre, pois alguns fetos podem expressar marcadores ultrassonográficos singelos ou pouco significativos em um primeiro momento. Entre os utilizados pela medicina moderna, pode-se citar: cardiopatias, anomalias gastrintestinais, anomalias genitourinárias, defeitos no Sistema Nervoso Central (SNC), fendas faciais, mal formações nas mãos e nos pés. Somando à ultrassonografia morfológica, podem ser aplicados em fase intrauterina a amniocentese clássica ou biópsia do vilo corial, contudo são procedimentos mais invasivos (EMER *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; BRASIL, 2012b; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

As grávidas de bebês com SD possuem um risco maior de sofrer aborto, apesar de pouco prevalentes os casos de morte fetal e de recém-nascidos por malformações congênitas, porém tem uma maior ocorrência de partos prematuros e de baixo peso, o que expressa a relevância de um pré-natal adequado (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; FREIRE *et al*, 2014).

Graças aos avanços na medicina, a estimativa de vida do SD chegou aos 60 anos de idade. Cerca de 85% dos indivíduos com SD sobrevivem ao primeiro ano de idade e os casos de óbitos, em especial os mais precoces, foram atribuídos a alterações cardíacas congênitas, pneumonia, demência e leucemia (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; BRAGA *et al*, 2019; FREIRE, *et al*, 2014; LOPES *et al*, 2014; NISIHARA, MASSUDA, LUPIÑES, 2014).

Ao contrário de uma doença, a SD apresenta múltiplos sinais e sintomas, além de não ter sua causa completamente elucidada ainda na atualidade. As hipóteses de

maior relevância são a idade materna avançada, – tendo um aumento de incidência em gestações a partir dos 35 anos e chegando a 1 a cada 30 nascidos vivos para mães acima dos 45 anos, hereditariedade e exposição à radiação (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; FURLAN *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012; OVAMA, ARVIGO, MECHETTI, 2011).

A fisionomia e o crescimento de uma pessoa com SD são bem característicos. Em relação a aparência, apresentam braquicefalia, fissuras palpebrais oblíquas, manchas de Brushfield, pregas epicânticas, orelhas pequenas, base do nariz chata, língua hipotônica e deslocada para frente, pESCOço curto e grosso, clinodactilia do 5º dedo das mãos, prega palmar única, mãos pequenas com dedos curtos, distância aumentada entre o 1º e 2º dedos dos pés, estatura baixa e sobrepeso – de origem em hábitos sedentários, taxa de metabolismo baixa, dificuldade de mobilidade, deficiências estruturais e intensificado em casos de hipotireoidismo (BERTAPELLI, *et al*, 2017; PIRES *et al*, 2016; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; KAUTZMANN FILHO *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; LOPES *et al*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

No aspecto motor e sensorial, destaca-se a hipotonía muscular, o déficit de equilíbrio funcional estático e dinâmico, as articulações frágeis e com hiperatividade, o deambular específico gerado pela ante-versão pélvica e pela larga base de apoio com os pés voltados para fora e joelhos genovaros, alterações na coluna cervical, dificuldades funcionais na locomoção, sedentarismo, dificuldade para deglutição e efetuar sucção de líquido, evoluindo para problemas ao mastigar, déficits sensoriais, – os quais podem atrapalhar no controle postural dos movimentos, da coordenação, do equilíbrio e na aprendizagem motora, que já é mais lenta em relação às outras crianças – problemas de audição evisão (MOREIRA 2019; LEITE *et al*, 2018; SANTANA, CAVALCANTE, 2018; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; LOPES *et al*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; OVAMA, ARVIGO, MECHETTI, 2011).

Sobre o desenvolvimento neurológico e intelectual do SD – principal causa genética de deficiência intelectual –, estes ocorrerão mais gradualmente no que se diz respeito a função expressiva, receptiva, simbólica, linguística e léxica, a memória é comprometida, tem alterações na atenção, na cognição, nas habilidades de processamento auditivo e visual, além de dificuldades em tarefas que envolvem o pensamento lógico (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; MOREIRA, 2019; REGIS *et al*, 2018; FERREIRA-VASQUES, ABRAMIDES, LAMONICA, 2017; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; FREIRE *et al*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Essas manifestações são explicadas pela hipoplasia cerebelar, – que resulta em um encéfalo de medidas reduzidas com repercussões na linguagem, conduta, pensamento, atenção, equilíbrio e tônus muscular – e comprometimento das sinapses neurais, implicando em déficit cognitivo, de memória, de capacidade de correlação e de análise. Em concomitância a isso, o SD está fadado a um envelhecimento precoce do corpo como um

todo - à senescênciados órgãos, do sistema imunológico, da força e capacidade funcional, e aumento de dependência. Tal característica está relacionada diretamente com os genes do cromossomo 21, influente na síntese de APP (proteína precursora amiloide), que irá ser produzida em quantidades mais elevadas causando má adesão celular, neurotoxicidade e crescimento celular com formação precoce de placas difusas características de Alzheimer. Assim sendo, há uma maior presença de demência e Alzheimer nessa população, elevando em 5% a taxa de mortalidade (MOREIRA, 2019; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; FREIRE, et al, 2014; LOPES et al, 2014; NISIHARA, MASSUDA, LUPIAÑES, 2014; FREIRE, HAZIN, 2015).

A condição de um sistema imunológico deficitário – que, de acordo com estudos, possui timo alterado, contagem de linfócitos T e B reduzidos, e menor formação de células de memória – deixa esse grupo mais vulnerável a infecções e a até mesmos doenças relacionadas ao seu estado nutricional, elevando as taxas de morbidade e mortalidade (PIRES et al; 2016, KAUTZMANN FILHO et al, 2015; NISIHARA, MASSUDA, LUPIAÑES, 2014).

Ademais, os SD tem predisposição a doenças pulmonares crônicas – agravadas por uma capacidade respiratória reduzida – , a cardiopatias congênitas – que acometem de 40 a 60% dos portadores da síndrome, possuindo uma mortalidade elevada principalmente nos primeiros 2 anos de vida –, hipotiroidismo, obstipação intestinal e defeitos intestinais, depressão, leucemia, câncer e doença de Hirschprung. Em alguns casos, os sintomas referentes a essas patologias não estão presentes desde o nascimento, dessa forma torna-se imperativo um acompanhamento médico mais minucioso da pessoa com SD, a fim de evitar o diagnóstico tardio e possíveis complicações (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; BRAGA et al, 2019; MOREIRA, 2019; PIRES et al, 2016; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; FURLAN et al, 2015; KAUTZMANN FILHO et al, 2015; SERON et al, 2015; MOURATO, VILLACHAN, MATTOS, 2014; TREVISAN et al, 2014; BERTAPELLI et al, 2013; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

Entretanto, ainda que haja uma predisposição de origem genética importante à todas as disfunções abordadas, é sabido que ambiente e indivíduo estão em constante troca, e que é possível afirmar que o estímulo e rede de apoio adequados são igualmente significativos para o desenvolvimento de habilidades, capacidades e potencialidades. Isto é, a deficiência não é inerente ao indivíduo e nem deve caracterizá-lo, mas uma é condição que irá expressar prejuízo ou não para a vivência da pessoa portadora de deficiência a depender da interação da mesma com o ambiente em que vive, que deve ser acessível e equalitário para melhor proveito da sociedade como um todo (FARIA, 2020; FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020).

Apessoas sindrômicas tem que ser vista holisticamente, considerando a multifatoriedade da SD. Por isso, apesar de a família ser a principal fonte de apoio e influência externa – já que grande parte da aprendizagem advém da imitação – , deve estar presente nessa

equação escola e profissionais da saúde, para que os devidos cuidados sejam tomados desde a tenra idade, proporcionando uma melhor desenvoltura (FARIA, 2020; PELOSI, FERREIRA, NASCIMENTO, 2020; SANTANA, CAVALCANTE, 2018; FONTANELLA, SETOUE, MELO, 2013; OVAMA, ARVIGO, MECHETTI, 2011).

Durante toda a vida, o SD necessitará de estímulos e exames, cuidados estes que precisam ser norteados pelas políticas públicas do Ministério da Saúde como a Política Nacional de Humanização, Política Nacional da Atenção Básica, Programas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, do Homem, do Idoso, Saúde Mental e no Relatório Mundial sobre a Deficiência. Mas em um primeiro momento, é essencial oferecer um suporte maior para a família do SD, que necessita de orientação e um cuidado especial por parte dos profissionais de saúde. A dúvida, o medo, os tabus e até mesmo questões financeiras podem tonar o momento da descoberta de um filho(a) sindrômico em algo delicado e estressante. Já que eles serão o alicerce dessa criança, os pais devem estar preparados para tal responsabilidade (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; PEREIRA-SILVA, ANDRADE, ALMEIDA, 2018; FONTANELLA, SETOUE, MELO, 2013; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; FOLLY, RODRIGUES, 2010).

Dos primeiros anos de vida até a adolescência, deve-se concentrar no cuidado com a alimentação equilibrada, na prática de atividade física, postura e desenvolvimento motor, no aprendizado, na socialização, na promoção de independência, na orientação à sexualidade, na imunização, além de se atentar à questões de saúde, como doenças cardiovasculares, respiratórias e disfunções endócrinas (BERTAPELLI *et al*, 2017; SERON *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; BERTAPELLI *et al*; 2013; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

O desenvolvimento motor, intelectual e social advém, principalmente, da família e das instituições de ensino. Pode contar também com auxílio de profissionais especializados, como fisioterapeuta, nutricionista, neurologista, psicologista e fonoaudiologista, até mesmo para orientar os pais na forma de tratar, abordar e ensinar a pessoa com SD de maneira a respeitar a idade e as necessidades de cada fase da vida (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; BRAGA *et al*, 2019; LEITE *et al*, 2018; SANTANA, CAVALCANTE, 2018; MEDRADO, NUNES SOBRINHO, 2016; PIRES *et al*, 2016; TORQUATO *et al*, 2013; FOLLY, RODRIGUES, 2010).

Nessa área, estudos demonstraram a importância do brincar para a socialização, cognição, desenvolvimento motor, sensorial, perceptivo, organizacional, criacional e de habilidades. Os vídeo games e jogos de realidade virtual também vem ganhando espaço quando se pretende estimular o movimento, o equilíbrio e a coordenação. Outras atividades que podem ser aplicadas para esses fins seriam dança, teatro, equoterapia e hidroterapia (PELOSI, FERREIRA, NASCIMENTO, 2020; BRAGA *et al*, 2019; PELOSI, TEIXEIRA, NASCIMENTO, 2019; REGIS *et al*, 2018; LEITE *et al*, 2018; TORQUATO *et al*, 2013).

Da idade adulta em diante, a atenção deve estar voltada a manutenção de uma vida saudável, promoção de autonomia no autocuidado e financeira, estimular a continuidade da

socialização, orientar a respeito da sexualidade e de infecções sexualmente transmissíveis (IST), e fazer o planejamento familiar. A saúde torna-se mais debilitada nessa fase da vida, assim sendo necessário a realização de exames periódicos, atentando sempre para problemas cervicais, alterações intestinais e vesicais, comprometimentos odontológicos, Doença de Alzheimer (DA), depressão, doenças cardiovasculares, respiratórias e disfunções endócrinas (LOPES *et al*; 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

Tendo em vista toda a abrangência dessa síndrome tão prevalente na população mundial, é preciso uma atenção política voltada não somente para o atendimento de saúde desse grupo, mas também voltada à integração social, educacional e econômica. Eles possuem capacidades e potencialidades a serem desenvolvidas, inclusive de independência financeira (BARBOSA, TALITTA MARIA MONTEIRO FARIAS; *et al*, 2018; PESSALAIA, JULIANA DIAS REIS; *et al*, 2015).

O olhar como cidadão para as pessoas com SD ainda é muito recente. Somente na década de 90 com a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, estabeleceu-se normas a fim de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência nos âmbitos da: educação, saúde, trabalho, lazer, previdência social e transporte, e assegurou a matrícula compulsória de pessoas com deficiência em estabelecimentos públicos e particulares. Ademais, a lei de Cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência, nº 8.213 entrou em exercício em 24 de julho de 1991, exigindo que a empresa com cem ou mais funcionários preencha de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados, ou pessoas com alguma deficiência. E, ainda no âmbito trabalhístico, foi promulgada a lei nº 13.146, em 6 de julho de 2015, declarando que portadores de deficiência têm direito, em igualdade, a condições justas e favoráveis de emprego, incluindo igual remuneração, e é prioridade das políticas públicas de trabalho promover e garantir condições de acesso e de permanência da pessoa com deficiência no campo de trabalho. Somando a isto, esta última lei instituiu a Lei Brasileira da Inclusão, publicada no dia 07 de julho de 2015 e somente entrando em vigência no ano de 2016, com o objetivo de assegurar e promover, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoas com deficiência, visando sua inclusão social e cidadania na área civil, previdenciária, penal e eleitoral (BARBOSA, TALITTA MARIA MONTEIRO FARIAS; *et al*, 2018).

Outro marco importante dos anos 90 para a inclusão social, foi a criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1954 no Rio de Janeiro. Uma organização social que atende hoje 250 mil pessoas em mais de 2 mil cidades do Brasil. Ela promove atenção integral à pessoa com deficiência intelectual e múltipla, além de lutar pelos direitos das pessoas com deficiência, tendo como alguns resultados a incorporação do Teste do Pezinho na rede pública de saúde, a prática de esportes e a inserção das linguagens artísticas como instrumentos pedagógicos na formação das pessoas com deficiência, assim como a estimulação precoce como fundamental para o seu desenvolvimento (APAE, 2020).

Referente à atenção à saúde do portador de deficiência, em 2009 o Ministério

da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, para o acompanhar indivíduos com doenças geneticamente determinadas e anomalias congênitas na Atenção Básica ou Primária à Saúde. Desse momento em diante, é possível verificar uma grande quantidade de estudos médicos a respeito dessa condição, dando um aporte científico amplo sobre as singularidades, desenvolvimento de ferramentas e atendimentos para diagnóstico, tratamento e apoio para o SD. No entanto, é evidente um conhecimento deficitário por parte da sociedade sobre essa síndrome, implicando na perpetuação de tabus e preconceitos, por tanto é necessário maiores debates e reflexões acerca da temática (FEAPESP, 2016; PESSALAIA *et al*, 2015; FONTANELLA, SETOUE, MELO, 2013).

Considerando todas as informações anteriormente especificadas sobre a síndrome, a grande incidência da Síndrome de Down no mundo, a discussão sobre a inclusão de pessoas portadoras de deficiência cada vez mais presente na sociedade contemporânea e a relevância acadêmica e médica do desenvolver uma melhor qualidade de vida para esse grupo que vêm conquistando uma maior expectativa de vida, a pergunta norteadora desta pesquisa é: “Até que ponto as limitações são impostas pela síndrome e qual a influência do meio no processo de desenvolvimento de independência?”.

Por se tratar de um acometimento genético, a síndrome em si gerará obstáculos e, em alguns casos, limitações para a pessoa afetada. Contudo uma sociedade equalitária e inclusiva somada à uma rede de apoio adequada – contando com família, amigos, profissionais da educação e da saúde atuando de forma conjunta para estimular e auxiliar o portador de deficiência, propiciará uma melhor desenvoltura do SD.

Assim sendo, a presente pesquisa objetiva caracterizar a percepção dos profissionais atuantes na APAE ao portador de Síndrome de Down. Tem como objetivos específicos refletir sobre os recursos e terapias oferecidos pela APAE voltados ao Síndrome de Down, mostrar a importância de instituições como a APAE em relação ao apoio familiar e desenvolvimento intelectual, físico, individual, social, da independência e protagonismo desses indivíduos e identificar as consequências da pandemia da COVID- 19 sobre a aprendizagem e desenvolvimento dos portadores de Síndrome de Down.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na APAE do município de Bauru. A unidade APAE de Bauru teve seus atendimentos iniciados em 1965 e hoje completa 57 anos na defesa dos direitos, prevenção, orientação, prestação de serviços, apoio à família para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, necessidades educacionais e em situação de vulnerabilidade, visando a construção de uma sociedade inclusiva. Possui seis unidades na cidade, que oferecem Escola de Educação Especial, Centro Especializado de Reabilitação, Oficina Ortopédica, Serviço de Proteção Social Especial, Centro Especializado em Autismo e

Patologias Associadas, Laboratório do Teste do Pezinho, Centro de Apoio à Inclusão, com equipe de 268 profissionais da saúde, educação e apoio social para o atendimento de cerca de duas mil pessoas com deficiência intelectual, física, visual, transtorno do espectro autista, necessidades educacionais especiais, bebês de risco e pessoas em situação de vulnerabilidade (APAE, 2019).

Participaram deste estudo os profissionais da área da saúde atuantes na APAE de Bauru. Inicialmente para a coleta dos dados deste estudo foi enviado um e-mail a todos contendo um vídeo explicativo a respeito do projeto de iniciação científica proposto e o link do formulário do *Google Forms* para a coleta de dados.

Os dados foram coletados perante a aplicação de um questionário estruturado. Antes das questões, estará disponível um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinalado diante da concordância com a pesquisa proposta. Nele é explicitado e assegurado o completo anonimato dos participantes e colaboradores.

O questionário foi respondido por meio da plataforma *Google Forms*. Este foi baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), documento criado pela Organização Mundial de saúde com o objetivo de padronizar uma estrutura para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde, como diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, através de uma linguagem unificada. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho), por meio dos seguintes domínios: Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação.

A CIF auxilia como uma ferramenta por ser uma linguagem universal tanto na abordagem funcional e biopsicossocial. Está dividida em duas partes: a primeira apresenta as estruturas e as funções corporais, referindo-se às partes anatômicas e às funções fisiológicas. A segunda cita os fatores contextuais, ambientais e pessoais (CASTANEDA, 2018). Relacionando os fatores ambientais, os quais interagem com todos estes constructos de uma pessoa com funcionalidades e/ou incapacidades, permitindo registrar perfis de diferentes indivíduos (BATTISTELLA, BRITO, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, 2015).

Os questionários foram aplicados mediante a área de atuação. Há trinta e uma questões, todas perguntas objetivas. Elas objetivam traçar o como os alunos com Síndrome de Down chegam na APAE e a desenvoltura deles após algum tempo frequentando a instituição, associando isso ao ambiente promovido.

Os riscos foram mínimos envolvidos na pesquisa, como o tempo do sujeito ao responder ao questionário; interferência na vida e na rotina dos sujeitos; medo de repercussões eventuais. A pesquisa contribuirá para a valorização e estímulo a luta por direitos e inclusão das pessoas portadoras de deficiência, incentivo ao ambiente universitário para desenvolvimento de mais ações e pesquisas para inclusão e melhora da qualidade.

Foram considerados todos os aspectos éticos necessários para a realização da

pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Unisagrado (parecer aprovado número 4.676.883). Após parecer favorável do CEP também houve o parecer da APAE. Posteriormente a aprovação, foi enviado aos funcionários voluntariados o questionário proposto, com o prazo de um mês para que os participantes respondam as perguntas. Os dados coletados foram descritos através da distribuição de frequência (absoluta e relativa), valores médios, representados por meio de tabelas.

RESULTADOS

Dentre os profissionais da APAE que atuam diretamente com pessoas portadoras de Síndrome de Down, na instituição pesquisada existem dezessete, desses treze são da área da saúde e quatro da área da educação, os profissionais da saúde foram o público alvo. Dentre eles, quatro eram fonoaudiólogos, três fisioterapeutas, quatro psicólogos, três terapeutas ocupacionais, um assistente social, um nutricionista e um enfermeiro. Um e-mail foi enviado a todos contendo um vídeo explicativo a respeito do projeto de iniciação científica proposto e o link do formulário do *Google Forms* para a coleta de dados, obtendo dez respostas.

Os participantes responderam sobre as funções mentais, sensóriais, neuromusculares, mentais e dos sistemas de acordo com a percepção e vivência na APAE. Ao final foi questionado sobre a influência da pandemia sobre o atendimento, cuidados e na qualidade de vida e saúde da pessoa com Síndrome de Down. Esses dados estão descritos na Tabela 1.

PERGUNTAS	RESPOSTAS (0-10)										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Das funções mentais...											
Em relação às funções intelectuais, é comum os alunos apresentarem alguma inclinação para retardamento mental ou demência, por exemplo?				1	1	1	1	2	3		1
Das funções sensóriais...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Os problemas de visão são frequentes?			1	5		1			2	1	
Os problemas de audição são frequentes?	1		2	5		1			1		
Eles possuem boa sensibilidade tátil?			2	2	1	3		1		1	
Eles possuem bom equilíbrio estático e dinâmico?	1	2	1	2	2	1	1				
Das funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eles possuem boa mobilidade das articulações?			1	2	1		2		1		3
A força e tônus muscular são bem desenvolvidos?	1	1	2	1	2		1	1	1		
É comum a execução de movimentos involuntários?	2		2	2	2	1		1			
São capazes de andar e se locomover adequadamente sem auxílio?			1	1			1	1	1	1	4
Os alunos conseguem levantar, carregar objetos e fazer o uso fino das mãos?			1	1			2	2	1	1	2

Das funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico, respiratório, digestivo, metabólico e endócrino, é frequente a alteração patológica da(s)...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Funções do Coração?					1	2		2	2	3	
Pressão arterial?	1					1	3	4	1		
Funções do sistema hematológico?						1	5	1	2	1	
Funções do sistema imunológico (alergias, hipersensibilidade)?					1		2	3		2	2
Funções do sistema respiratório?				2		1	3		1	3	
Funções digestivas?						1	4	3		1	1
Funções das glândulas endócrinas?						4	1	2	2	1	
Os alunos conseguem fazer a manutenção do peso corporal?		1	2	2	2	1	1		1		

Agora classifique relação a desenvoltura dos alunos após algum tempo frequentando a instituição:

Das funções mentais...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A sensibilidade tátil é melhorada?						1			3	4	2
O equilíbrio estático e dinâmico é promovido?						1			3	4	2
Das funções sensoriais...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A mobilidade das articulações é desenvolvida?						2	1		2	2	3
A força e tônus muscular são promovidos?						1	1	1	4	2	1
É reduzida a execução de movimentos involuntários?						1		3	3	3	
A locomoção é aprimorada?						1		1		4	4
Das funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico, respiratório, digestivo, metabólico e endócrino, é frequente a alteração patológica da(s)...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alterações patológicas e o peso passam a ser controlados?						1	4	1	2		1

Responda e relação a disponibilidade e facilidade de acesso aos seguintes itens:

Dos produtos e tecnologias...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É fácil o acesso à produtos ou substâncias para consumo pessoal (como comida e remédios)?					1	1	2	2	3	1	
E a disponibilidade e acesso a produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária (para mobilidade, transporte e comunicação, por exemplo)?					1	2	2	1	3	1	
Do apoio e relacionamentos...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
É comum os alunos precisarem e contarem com o auxílio de cuidadores e/ou assistentes sociais?					1		1	2	2	3	1
Os alunos contam com o atendimento de cuidadores, outros profissionais de educação, saúde e outras áreas de atuação?						1	1	2	1	1	4
Dos serviços, sistemas e políticas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Como você classificaria a presença e funcionamento de serviços, sistemas e políticas legais voltadas aos portadores de Síndrome de Down (no que se diz respeito à habitação, comunicação, transporte, previdência social, suporte social, saúde, educação e trabalho)?					1	2		4	3		
Sobre a pandemia do COVID-19...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Na sua percepção, o quanto a pandemia influenciou negativamente na qualidade de vida e saúde da pessoa com Síndrome de Down?					2	1	1	2	3	1	

Tabela 1. Respostas do Questionário dos Profissionais da Área da Saúde.

DISCUSSÃO

É possível identificar a visibilidade e a relevância do trabalho da inclusão nas escolas regulares, das escolas especiais e atendimentos prestados gratuitamente para o público, como ocorre na APAE, a fim do desenvolvimento das capacidades do indivíduo portador da SD.

Inicialmente, é possível identificar algumas limitações e barreiras a serem ultrapassadas pelas pessoas com SD. No domínio das funções mentais, todos os profissionais da saúde identificaram que seus pacientes apresentavam alguma inclinação ao retardamento mental ou demência, característico da síndrome, 30% pontuando 8 nesse quesito. (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; MOREIRA, 2019; REGIS *et al*, 2018; FERREIRA-VASQUES, ABRAMIDES, LAMONICA, 2017; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; EMER *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; BRASIL, 2012b; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

Estudo destaca a subjetividade e singularidade de cada sujeito tem influência significativa no cotidiano, principalmente nas atividades de vida diária, contudo o mesmo estudo destaca a facilidade na comunicação não-verbal e nas interações interpessoais. A fala foi considerada como uma das grandes dificuldades das crianças estudadas. Durante a investigação dos aspectos da vida familiar que influenciam o desempenho linguístico de crianças com SD, de cinco a dez anos, ressaltou a importância da intervenção precoce para minimizar não somente o atraso inicial, como para oferecer oportunidades de ampliação do repertório linguístico e minimização dos efeitos neurológicos sobre o déficit intelectual e das possibilidades de comunicação da criança, intensificando os aspectos do meio familiar que apresentam influência com o desempenho comunicativo. Também nesse sentido, estudo qualitativo apresenta o relato de três crianças com SD, seus pais e terapeutas. Evidenciando nos relatos dos pais as dificuldades nas funções do sono (HALBERSTADT, MORAES, SOUZA, 2019; PEREIRA, OLIVEIRA, 2015).

Identificado nas funções sensoriais, 50% dos profissionais não consideraram problemas de audição evisão tão recorrentes, mas destacaram um déficit na sensibilidade tátil e no equilíbrio dinâmico (BERTAPELLI, *et al*, 2017; PIRES *et al*, 2016; TRINDADE,

NASCIMENTO, 2016; KAUTZMANN FILHO *et al*, 2015; FREIRE *et al*, 2014; LOPES *et al*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

Das funções neuro musculoesqueléticas e relacionadas ao movimento, apesar da boa classificação dada a mobilidade articular, a baixa presença de execução de movimentos involuntários, serem capazes de andar e se locomover sem auxílio, levantar, carregar objetos e fazer uso fino das mãos, notou-se o baixo tônus muscular nos pacientes atendidos (MOREIRA 2019; LEITE *et al*, 2018; SANTANA, CAVALCANTE, 2018; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; LOPES *et al*, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; OVAMA, ARVIGO, MECHETTI, 2011).

Estudo apresentou a correlação entre jovens com SD e sem alterações no desenvolvimento na avaliação da força de preensão palmar, o desempenho funcional manual e a destreza manual em indivíduos com SD, comparando-os com um grupo controle, identificando que os indivíduos com SD apresentam um desempenho manual inferior à população sem alterações no desenvolvimento (SOUZA, ASSIS, 2021).

Sobre as funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico, respiratório, digestivo, metabólico e endócrino, é frequente a alteração patológica das funções do coração, de acordo com 70% dos profissionais da saúde, da pressão arterial, do sistema imunológico, respiratório e endócrino, diretamente interligado à dificuldade da manutenção do peso. No entanto, a síndrome não influiu tanto nos sistemas hematológico e digestivo (FARIAS, LOPES NETO, LLAPA-RODRIGUEZ, 2020; BRAGA *et al*, 2019; MOREIRA, 2019; PIRES *et al*, 2016; TRINDADE, NASCIMENTO, 2016; FURLAN *et al*, 2015; KAUTZMANN FILHO *et al*, 2015; SERON *et al*, 2015; MOURATO, VILLACHAN, MATTOS, 2014; TREVISAN *et al*, 2014; BERTAPELLI *et al*, 2013; SECRETARIA DA SAÚDE, 2012).

Ao longo do tempo os profissionais consideraram evoluções importantes na sensibilidade tátil e equilíbrio estático e dinâmico. A mobilidade das articulações foi promovida, assim como o tônus muscular e a locomoção em 90% das avaliações. Além disso, observou-se uma melhor manutenção do peso em 50%.

Em relação a disponibilidade e facilidade de acesso à produtos de consumo pessoal e tecnologias, os profissionais da saúde classificaram de forma adequada. Sobre o apoio e relacionamento, foi identificado que esses alunos contam com auxílio de cuidadores, outros profissionais da saúde e educação, havendo uma rede de apoio bem completa e qualificada para o auxílio desses portadores da síndrome, graças ao atendimento prestado pela instituição. Do mesmo modo como considerou-se a presença e funcionamento de serviços, sistemas e políticas legais voltadas aos portadores de Síndrome de Down por 70% dos profissionais participantes.

Em relação a pandemia por SARS-CoV-2 em indivíduos com SD, estudos destacam taxas mais altas de complicações relacionadas ao COVID-19, tanto em crianças quanto adultos, ocasionando períodos mais longos de hospitalização, ventilação mecânica e infecção, demonstrando a maior vulnerabilidade e gravidade da doença (RIBEIRO, 2022).

Quando questionado sobre o impacto da pandemia do COVID-19 na qualidade de vida e saúde do SD, mostrou-se um grande acometimento nessa área, que pode ser justificado pela redução da prática de atividades e exercícios físicos, o confinamento em casa, impedindo encontros e passeios, além da redução da busca de unidades de saúde. Estudos sobre essa temática afirmam que, além de prejudicar no desenvolvimento, já que foram submetidos ao distanciamento social, eles são mais gravemente afeados pela doença, devido suas condições de imunidade e comorbidades respiratórias, cardíaca e imunidade deficitária (CINTRA, LIMA, PATRÍCIO, 2022; MARTINS *et al.*, 2020).

O suporte social pode auxiliar as famílias em vários aspectos de ajuda prática e emocional. A família desempenha um papel fundamental na vida das crianças com SD, visto que constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, proporcionando um ambiente de crescimento e desenvolvimento saudável e funcional. Nesse sentido, as atividades da vida diária familiar proporcionam a criança oportunidades para aprender e se desenvolver por meio da participação conjunta, da realização assistida e de tantas outras formas de mediar a aprendizagem. O desenvolvimento cognitivo faz que os pais sejam mais seletivos para proporcionar atividades, estabelecendo rotinas mais complexas para atender à necessidade da criança (MUNIZ, CIA, 2022).

A equipe multidisciplinar e holística se caracteriza de extrema importância para o desenvolvimento e suporte familiar para os pais e cuidadores. Este cuidado deve estar pautado na manutenção da saúde física e mental, bem como no desenvolvimento da autonomia e inclusão social (LIMA *et al.*, 2021).

Parte extremamente relevante desse apoio e cuidado multidisciplinares é a equipe de enfermagem, que trabalha principalmente da promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação de saúde da população, incluído dentro de instituições educacionais especializadas como a APAE. Apesar de todo trabalho já existente, a pouca presença de trabalhos científicos recentes relacionados a atuação de enfermagem no cuidado dos portadores de Síndrome de Down é um dos motivos da elaboração deste artigo, tendo em vista a importância de se ter treinamentos dessa equipe voltadas para tal temática, possibilitando a boa prática da atenção em saúde em todos os serviços de saúde (LIMA *et al.*, 2021).

São diversos os recursos utilizados por esta instituição que luta pelos direitos das pessoas portadoras de condições especiais, tais como a Escola de Educação Especial, o Centro Especializado de Reabilitação, a Oficina Ortopédica, o Serviço de Proteção Social Especial, o Centro Especializado em Autismo e Patologias Associadas, o Laboratório do Teste do Pezinho e o Centro de Apoio à Inclusão. Todas estas unidades associadas aos profissionais de excelência e o convívio social são essenciais.

Na coleta de dados para a confecção do presente artigo científico é importante explanar a respeito das limitações que se apresentaram no decorrer do processo. Dentre essas se destacam a necessidade de se realizar a coleta de forma online, por a pesquisa

ter se iniciado no ano de 2021, momento em que ainda se vivia restrições relacionadas à pandemia do COVID-19. Também a pouca quantidade de profissionais de saúdes que se encontravam atuando com os portadores de Síndrome de Down, já que a coleta se ateve à APAE de Bauru, e, somado a isso, nem todos os profissionais aderiram à pesquisa, em que dos treze profissionais da saúde atuantes com portadores de Síndrome de Down, dez foram os que responderam ao questionaram.

É relevante também observar a dispersão apresentada na coleta de dados. Tal fator pode dizer respeito à uma metodologia inadequada, tendo em vista a pouca quantidade de artigos de enfermagem a certa dessa temática para embasamento dessa pesquisa, à pouca quantidade de participantes e também ao cargo de atuação desses participantes, já que dentre os trabalhadores da área da saúde da APAE que atuam com SD, há: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista e enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do presente estudo, pode-se determinar que as pessoas com Síndrome de Down têm capacidades e potencialidades que podem e devem ser desenvolvidas, apesar de suas limitações. Porém, mediante as lentes da equidade, necessitam de uma rede de apoio bem configurada e firme para auxiliá-los nessa caminhada, está sendo composta por família, profissionais da educação e da saúde.

Durante esse estudo foi possível identificar diversas questões, como a presença deficiência intelectual e comorbidades, que dificultam o desenvolvimento considerado como padrão de acordo com a faixa etária. No entanto, os anos de atuação e atenção com esses portadores na APAE registrados em forma de resposta no questionário aplicado aos profissionais da saúde, mostrou que com o passar do tempo os clientes atendidos pela instituição apresentam grande evolução no campo intelectual, no campo social, na autonomia, na independência e até mesmo na qualidade de vida e saúde, sendo eles capazes de atuar em atividades trabalhistas, de autocuidado, lazer e tarefas cotidianas do lar.

Com o questionário foi relatado consequências advindas da pandemia da COVID-19 em razão da quarentena instituída no período. Dentre as negativas é possível destacar o déficit na qualidade de vida e saúde, por conta da redução da prática de atividades e exercícios físicos, o confinamento em casa e da redução da busca de unidades de saúde, além de ter prejudicado na dimensão intelectual, a qual precisa estar sendo constantemente estimulada para a retenção de conhecimento, culminando, dessa forma, na involução em alguns aspectos básicos do conhecimento.

Tendo em vista a abrangência e relevância da temática seria interessante o desenvolvimento de estudos tangentes que abordassem de maneira mais multidisciplinar,

tópicos relacionados a qualidade de vida, saúde, memória, intelecto, socialização, autonomia, independência e individualidade, a exemplo unindo a área da saúde e educação, dois pilares essenciais da rede de apoio dos portadores de SD.

REFERÊNCIAS

APAE. **Conheça a Apae.** APAE (online), 2020-2021. Disponível em: <https://www.apae.com.br>. Acesso em: 05 fev. 2021.

APAE. **Relatório Anual 2019: Somos Movidos à Histórias.** APAE (online), Bauru, 2019. Disponível em: <https://portal.apaebauru.org.br/relatorio-atividades/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BATTISTELLA, L.R.; BRITO, C.M.M. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiátrica;** v. 9, n. 2, p: 98-101, 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatica/article/view/102369>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BARBOSA, TALITTA MARIA MONTEIRO FARIAS; et al. Contribuições da Fonoaudiologia na inserção de pessoas com síndrome de Down no mercado de trabalho. **CoDAS;** 30(1), 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-890824>. Acesso em: 02 jan. 2021.

BERTAPELLI, FÁBIO; et al. Gráficos de referência de índice de massa corporal para indivíduos com síndrome de Down de 2 a 18 anos. **Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 93, n. 1, p. 94-99, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-755720001000000094&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

BERTAPELLI, FÁBIO; et al. Prevalência de obesidade e topografia da gordura corporal em crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum;** 23(1): 65-70, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-674925>. Acesso em: 07 jan. 2021.

BRAGA, HELLEN VIANA; et al. Efeito da fisioterapia aquática na força muscular respiratória de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Arq. ciências saúde UNIPAR;** 23(1): 9-13, jan-abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-979908>. Acesso em: 29 dez. 2020.

CASTANEDA, L. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - way to health promotion. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, v. 20, n. 2, p. 229-233, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/1980-0037.2018v20n2p229>. Acesso em: 01 Ago. 2022.

CINTRA, ISABELLA DA SILVA FIGUEREDO; LIMA, LARISSA NAIELLY SOUZA; PATRÍCIO, DIEGO SILVA. Impactos da COVID 19 em Indivíduos com Síndrome de Down. **Rev. Scientia Generalis,** v. 3, n. 1, p. 127-133. 2022. Disponível em: <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/382/312>. Acesso em: 27 mar. 2022.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Autonomia Pessoal.** Decs, 01 jan. 2002. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36316&filter=ths_termall&q=%20autonomia. Acesso em: 24 fev. 2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Habilidades Motoras.** Decs, 01 jan. 1999. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=92418&filter=ths_termall&q=habilidades%20motoras. Acesso em: 11 mar. 2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Qualidade de Vida.** Decs, 01 jan. 1997. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=12225&filter=ths_termall&q=qualidade%20de%20vida. Acesso em: 24 fev. 2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Síndrome de Down.** Decs, 01 jan. 1993. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=30934&filter=ths_termall&q=S%C3%ADndrome%20de%20Down. Acesso em: 24 fev. 2021.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Transtornos do Neurodesenvolvimento.** Decs, 01 jul. 2016. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=56095&filter=ths_termall&q=desenvolvimento%20mental. Acesso em: 24 fev. 2021.

EMER, CAROLINE SOARES CRISTOFARI; *et al.* Prevalência das malformações congênitas identificadas em fetos com trissomia dos cromossomos 13, 18 e 21. **Rev. bras. ginecol. obstet.** 37(7): 333-338, jul. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-753129>. Acesso em: 06 jan. 2021.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Checklist da CIF – Versão 21^a, Formulário Clínico para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Faculdade de Saúde Pública, 2015. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/LISTA-DE-CONFERE%CC%82NCIA-DA-CIF-2004.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

FARIA, MARINA DIAS DE. As teias que a Síndrome de Down não tece: identidade, estigma e exclusão social. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n.122, p.119-144, set. 2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-74352020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

FARIAS, MARIA EDUARDA LEÃO DE; LOPES NETO, DAVID; LLAPA-RODRIGUEZ, ELIANA OFÉLIA. Educação especial de alunos com Síndrome de Down para autocuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100219&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

FEAPESP. **Lei Brasileira da Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** FEAPESP (PDF), jan. 2016. Disponível em: http://feapaesp.org.br/material_download/350_Lei%20Brasileira%20da%20Inclus%C3%A3o%20da%20Pessoa%20com%20Defici%C3%A3o.pdf. Acesso em: 05 fev. 2021.

FERREIRA-VASQUES, AMANDA TRAGUERA; ABRAMIDES, DAGMA VENTURINI MARQUES; LAMONICA, DIONÍSIA APARECIDA CUSIN. Consideração da idade mental na avaliação do vocabulário expressivo de crianças com Síndrome de Down. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.19, n.2, p. 253-259, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000200253&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

FOLLY, DÉBORA SILVA GUEDES; RODRIGUES, MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA. O fazer do psicólogo e a síndrome de Down: uma revisão de literatura. **Psicol. educ.** (30): 9-23, jun. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/psi-48710>. Acesso em: 08 jan. 2021.

FONTANELLA, BRUNO JOSÉ BARCELLOS; SETOUE, CESAR SEIJI; MELO, DÉBORA GUSMÃO. Afeto, proximidade, frequência e uma clínica hesitante: bases do “vínculo” entre pacientes com síndrome de Down e a Atenção Primária à Saúde?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 1881-1892, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2020.

FREIRE, ROSÁLIA CARMEN DE LIMA; HAZIN, IZABEL. Fenótipo cognitivo de adolescentes com Síndrome de Down: um estudo multicasos. *Ciênc. cogn.*; 20(1): 79-95, mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1017127>. Acesso em: 06 jan. 2021.

FREIRE, ROSÁLIA CARMEN DE LIMA, et al. Aspectos neurodesenvolvimentais e relacionais do bebê com Síndrome de Down. *Av. Psicol. Latinoam.*, Bogotá, v. 32, n. 2, p. 247-259, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242014000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

FURLAN, FERNANDA ROSEANE; et al. Avaliação da força muscular respiratória em indivíduos com Síndrome de Down. *Mundo saúde (Impr.)*; 39(2): [182-187], ago. 10, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-972937>. Acesso em: 07 jan. 2021.

HALBERSTADT, B.F.; MORAES, A.B.; SOUZA, A.P.R. Avaliação de crianças com Síndrome de Down através da CIF-CJ: comparação da visão dos pais e das terapeutas. *Distúrb Comun*, São Paulo, v. 31, n.3, p: 454-464, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/40699>. Acesso: 01 de ago. 2022.

KAUTZMANN FILHO, ARTHUR; et al. Avaliação da migração de neutrófilos e da frequência relativa de linfócitos CD4+/CD8+ em crianças com síndrome de Down e controles. *Sci. med.*; 25(1) jan-mar. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-754493>. Acesso em: 02 jan. 2021.

LEITE, JESSICA CRISTINA; et al. Controle Postural em Crianças com Síndrome de Down: Avaliação do Equilíbrio e da Mobilidade Funcional. *Rev. bras. educ. espec.*, Bauru, v. 24, n. 2, p. 173-182, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382018000200173&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

LIMA, B.O.; et al. Cuidados da equipe de saúde ao paciente portador de síndrome de down. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, v.2, n. 4, p: 6, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rems/article/view/2714>. Acesso: 01 de ago. de 2022.

LOPES, BRUNO SOUZA; et al. A Síndrome de Down e o processo de envelhecer: revisão sistemática. *Rev. Kairós*; 17(4): 141-155, dez. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/psi-64429>. Acesso em: 07 jan. 2021.

MARTINS, ANA MARIA; et al. **COVID-19 e Síndrome de Down**. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Genética, 22 jun. 2020. Disponível em: http://www.movimentodown.org.br/wp-content/uploads/2020/07/22629c-NA_-_COVID-19_e_Sindrome_de_Down-1.pdf. Acesso e.: 27 mar. 2022.

MARTINS, MARIELZA REGINA ISMAEL; et al. Avaliação das habilidades funcionais e de auto cuidado de indivíduos com síndrome de Down pertencentes a uma oficina terapêutica. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.15, n.2, p.361-365, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2020.

MEDRADO, CYLENE SIQUEIRA; NUNES SOBRINHO, FRANCISCO DE PAULA. Evidência científica para intervenções em crianças com síndrome de Down. *RECIIS (Online)*; 10(2): 1-12, abr.-jun.2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-789243>. Acesso em: 02 jan. 2021.

MIGUELEZ, JAVIER. Relação entre a medida da translucência nucal no primeiro trimestre e a presença de marcadores ultrassonográficos para a Síndrome de Down no segundo trimestre da gestação. **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Obstetrícia e Ginecologia;** São Paulo, p.132, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-609476>. Acesso em: 09 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidados de saúde às pessoas com síndrome de down.** Ministério da Saúde, Brasília; 2 ed, p. 30; 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-685886>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de down.** Ministério da Saúde, Brasília; p. 60; 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-687557>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MODESTO, EVERALDO LAMBERT; GRECOL, MÁRCIA. Efeito do exercício físico sobre a cinematáica da marcha em pessoas com Síndrome de Down uma revisão sistemática. **Motrivivência**, Florianópolis; 31(59):1-17, set. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1050396>. Acesso em: 29 dez. 2020.

MOREIRA, LÍLIA MARIA DE AZEVEDO; *et al.* Envelhecimento precoce em adultos com síndrome de Down: aspectos genéticos, cognitivos e funcionais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232000400203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

MOURATO, FELIPE ALVES; VILLACHAN, LÚCIA ROBERTA R.; MATTOS, SANDRA DA SILVA. Prevalência e perfil de doença cardíaca congênita e hipertensão pulmonar na síndrome de Down em um serviço de cardiologia pediátrica. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 159-163, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200159&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2020.

MUNIZ, J.; CIA, F. Necessidades e suporte familiar: mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down. Olhares & Trilhas. Überlândia. v.24, n. 1, p: 1-22, jan. abr., 2022. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/olharesetrilhas/article/view/64194/33783>. Acesso: 01 de ago. de 2022.

NISIHARA, RENATO MITSUNORI; MASSUDA, PIETRO HENRIQUE; LUPIAÑES, PALOMA MATIAZZO PEÑA. Aspectos imunológicos da Síndrome de Down. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**; 12(3)2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-724255>. Acesso em: 07 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** OMS, Lisboa, 2004. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/11/CLASSIFICACAO-INTERNACIONAL-DE-FUNCIONALIDADE-CIF-OMS.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

OVAMA, SILVIA MARIA RIBEIRO; ARVIGO, GABRIELE; MECHETTI, FABIANE CAREZZATO. Atuação do enfermeiro com crianças e famílias de portadores da Síndrome de Down. **CuidArte, Enferm;** 5(2): 90-96, jul.-dez. 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1027841>. Acesso em: 08 jan. 2021.

PELOSI, MIRYAM BONADIU; FERREIRA, KARINE GUEDES; NASCIMENTO, JANAÍNA SANTOS. Atividades terapêuticas ocupacionais desenvolvidas com crianças e pré-adolescentes com síndrome de Down. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n.2, p.511-524, jun. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000200511&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

PELOSI, MIRYAM BONADIU; TEIXEIRA, PABLO DE OLIVEIRA; NASCIMENTO, JANAÍNA SANTOS. O uso de jogos interativos por crianças com síndrome de Down. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 718-733, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000400718&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2020.

PEREIRA, L.V.; OLIVEIRA, E.M.P. Influência do entorno familiar no desempenho comunicativo de crianças com Síndrome de Down. **Rev CEFAC**. 2015; 17(1): 177-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/nvBkhGvdCkwGDkbW9RqSB5M/?lang=pt&format=pdf>. Acesso: 01 de ago. 2022.

PEREIRA-SILVA, NARA LIANA; ANDRADE, JAQUELINE CONDÉ MELO; ALMEIDA, BRUNA ROCHA. Famílias e síndrome de Down: Estresse, enfrentamento e recursos familiares. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100504&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

PESSALAI, JULIANA DIAS REIS; et al. Experiências de acesso a serviços primários de saúde por pessoas com Síndrome de Down. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**; 5(3): 1752-1367, dez.2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-782561>. Acesso em: 02 jan. 2021.

PIRES, CINTIA LURDES DA SILVA; et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de crianças e adolescentes com síndrome de Down da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Laranjeiras do Sul, Paraná. **BRASPEN**, 31 (3): 197-202, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-827456>. Acesso em: 02 jan. 2021.

REGIS, MARIANE SOUSA, et al. Estimulação da fonoaudiologia em crianças com síndrome de Down. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 271-280, maio de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000300271&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de dezembro de 2020.

RIBEIRO, M.M.S.P. COVID-19 and Down syndrome: the spark in the fuel. **Nature Reviews. Immunology**. v. 22, p:404-5, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41577-022-00745-w.pdf>. Acesso em: 01 e ago. 2022.

SANTANA, NAYARA XAVIER; CAVALCANTE, JORDANO. Conceito neuroevolutivo em pacientes com Síndrome de Down: revisão integrativa. **Rev. Salusvita (Online)**; 37(4): 1009-1018, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1050875>. Acesso em: 29 dez. 2020.

SECRETARIA DA SAÚDE; COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO. Síndrome de Down na cidade de São Paulo. **Boletim Eletrônico CEInfo, São Paulo**, p. 5, jun. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/sms-3272>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SERON, BRUNA BARBOZA, et al. Pressão arterial e Adaptações Hemodinâmicas após um Programa de Treinamento em Jovens Com Síndrome de Down. **O Arq. Sutiãs. Cardiol.**, São Paulo, v. 104, n. 6, p. 487-491, jun. de 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

SOUZA, A. B. DE, & BLASCOVI-ASSIS, S. M. Função Manual na Síndrome de Down. **Revista Neurociências**, 29, 1–18, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12643>. Acesso: 01 de ago. 2022.

TORQUATO, JAMILI ANBAR; et al. A aquisição da motricidade em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam fisioterapia ou praticam equoterapia. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v.26, n.3, p.515-525, set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2020.

TREVISAN, PATRÍCIA; *et al.* Doenças cardíacas congênitas e cromossopatias detectadas pelo karyótipo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 262-271, jun. de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200262&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2020.

TRINDADE, ANDRÉ SOARES; NASCIMENTO, MARCOS ANTONIO DO. Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 22, n. 4, p. 577-588, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382016000400577&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2020.

CAPÍTULO 3

ESTRUTURA FAMILIAR: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE MENTAL

Data de submissão: 07/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Juliana Fabris

Universidade Federal de Santa Maria,
campus Palmeira das Missões, mestrandona Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
<https://lattes.cnpq.br/4337994349416457>

Fabiane Debastiani

Universidade Federal de Santa Maria,
campus Palmeira das Missões, mestrandona Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1522559829904258>

Silvana Teresa Neitzke Wollmann

Universidade Federal de Santa Maria,
campus Palmeira das Missões, mestrandona Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0130272542838384>

Leila Mariza Hildebrandt

Universidade Federal de Santa Maria,
campus Palmeira das Missões, Docente
do Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Ruralidade
Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/8447333498388101>

RESUMO: Introdução: A relação e o contexto familiar influenciam diretamente ou indiretamente aos indivíduos que o vivenciam em cada fase da vida, considerando que a família e os arranjos familiares atuam como uma ferramenta de desenvolvimento individual, relacional e social. Neste contexto, a família pode ser reconhecida como o primeiro espaço social que o indivíduo ocupa. Objetivos: Refletir sobre a influência da estrutura familiar para a saúde mental do indivíduo em todas as suas fases de desenvolvimento. Método: Relato de experiência construído através do texto reflexivo construído e apresentado na disciplina de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR), nível de mestrado, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões/RS. Resultados: Observa-se que a relação familiar tem grande impacto e influência na construção dos indivíduos, visto que seu desenvolvimento sofre influências das relações familiares, o que contribui positivamente (ou não) nas relações interpessoais. Ainda, o ambiente no qual o indivíduo está inserido trará repercussões para todas as etapas posteriores de

vivências, sejam elas positivas ou negativas. Discussões: A família possui papel de replicação e perpetuação de costumes, crenças e valores, podendo levar (ou não) a processos de adoecimento ao longo das gerações, sendo necessário reconhecer que a dinâmica familiar está intimamente ligada a saúde mental dos indivíduos. Conclusões: Esta construção favoreceu a pesquisa e reflexão frente a estrutura familiar e a saúde mental dos indivíduos no decorrer dos ciclos da vida, bem como auxiliou na compreensão acerca das atribuições e responsabilidades do sistema familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Ciclos da Vida. Enfermagem. Estrutura Familiar. Saúde Mental.

FAMILY STRUCTURE: A REFLECTIVE ANALYSIS ON THE INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Introduction: The relationship and the family context directly or indirectly influence individuals who experience it at each stage of life, considering that the family and family arrangements act as a tool for individual, relational and social development. In this context, the family can be recognized as the first social space that the individual occupies. Objectives: Reflect on the influence of the family structure on the individual's mental health in all stages of development. Method: Experience report constructed through the reflective text constructed and presented in the discipline of Health Care in Life Cycles, linked to the Graduate Program in Health and Rurality (PPGSR), master's level, at the Federal University of Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões/RS. Results: It is observed that family relationships have a great impact and influence on the construction of individuals, as their development is influenced by family relationships, which contributes positively (or not) to interpersonal relationships. Still, the environment in which the individual is inserted will have repercussions for all later stages of experiences, whether positive or negative. Discussions: The family plays a role in replicating and perpetuating customs, beliefs and values, which may (or may not) lead to illness processes over generations, and it is necessary to recognize that family dynamics are closely linked to the mental health of individuals. Conclusions: This construction favored research and reflection on the family structure and the mental health of individuals over the course of life cycles, as well as helping to understand the attributions and responsibilities of the family system.

KEYWORDS: Life Cycles. Nursing. Family Structure. Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

A relação e o contexto familiar influenciam diretamente e indiretamente os indivíduos que o vivenciam, isso pois a família e os arranjos familiares atuam como uma ferramenta de desenvolvimento individual e relacional com outras pessoas ou a sociedade, agregando valores e princípios da conjuntura familiar que este indivíduo está inserido (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). Porém, cabe considerar que o impacto dessa vivência é diferencial em cada fase da vida.

A família pode ser reconhecida como o primeiro espaço social que o indivíduo ocupa e é neste espaço que, geralmente, aprende a comunicar-se, compartilhar vivências

e espaços afetivos, além de construir vínculos (BERTOLOTE *et al.*, 2020). Neste sentido, principalmente nos primeiros anos de vida, comprehende-se que o contexto familiar pode auxiliar de forma positiva no desenvolvimento do indivíduo enquanto ser social, mas somente se oferecer espaços de suporte favoráveis para isso.

Também, as relações familiares podem desempenhar o suporte e acolhimento necessário para a manutenção da saúde mental e o sentimento de pertencimento em todo ciclo de vida (COUTINHO *et al.*, 2020; ROSSI; CID, 2019). Assim, a família assume o papel de elemento fundamental para auxiliar no processo de formação e transformação do indivíduo, independente da configuração estrutural que assuma, bem como na contribuição da formação de um sujeito socialmente ativo.

Neste contexto a revisão de literatura proposta por Silva e Comin (2019) aponta o processo de adoecimento familiar de forma transgeracional, ou seja, quando um membro familiar se encontra adoecido ou passa por alguma situação estressora como violência, ansiedade ou dependência, dentre outras, e essas situações de doença e agravos quando não são trabalhadas, observa-se uma repetição no processo de adoecimento entre as gerações. E assim, destaca-se a importância de reconhecer o processo de adoecimento familiar, com vistas na promoção, recuperação e manutenção da saúde, de forma que este não seja compartilhado pelos membros da família e impactando de forma negativa no processo de desenvolvimento individual.

Assim, considerando o exposto, este trabalho tem por objetivo: Refletir sobre a influência da estrutura familiar para a saúde mental do indivíduo em todas as suas fases de desenvolvimento.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de experiência reflexiva, resultado de um texto construído e apresentado na disciplina de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida. Esta disciplina está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR), nível de mestrado, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), campus Palmeira das Missões/RS. A referida disciplina propôs, no segundo semestre de 2022, a elaboração de um texto reflexivo relacionando a temática de pesquisa do mestrando, autor principal desta obra.

A temática de pesquisa é “a percepção acerca da saúde mental de mulheres”, a qual foi adaptada para este trabalho para a influência da estrutura familiar para a saúde mental do indivíduo em todas as suas fases de desenvolvimento. Por tratar-se de um relato de experiência e texto reflexivo, o mesmo não apresenta necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 | RESULTADOS

Ao refletir sobre os diferentes ciclos de vida, ao qual o indivíduo (naturalmente) passa, observa-se o importante papel da construção do ser individual e coletivo através das relações vivenciadas dentro do núcleo familiar. Porém, ainda vale destacar que nem sempre essas relações são fáceis, benéficas ou estáveis, visto que nossas famílias (muitas vezes) reproduzem os conhecimentos e experiências do passado, enquanto a criação/formação de um indivíduo, tornando-se um desafio adaptar-se às mudanças impostas pela evolução da sociedade que estamos inseridas.

Entretanto, percebe-se que a presença do nascimento de um novo indivíduo na família e os estímulos ao recém-nascido, por muitas vezes ocorre no ambiente familiar, logo, este ser em formação, consegue identificar os demais indivíduos ou membros da família que dividem o mesmo espaço habitado. Assim, o desenvolvimento da criança pode ser potencializado ou retardado, a depender das vivências, estrutura familiar, condições de vulnerabilidades e das relações familiares estabelecidas neste período.

Ao considerar as relações familiares com um indivíduo recém-nascido, precisa-se considerar o olhar de dois referências: (1) a influência/impacto na criança frente as relações familiares que o mesmo vivência e (2) o impacto no adulto, pois este torna-se responsável por proporcionar um ambiente saudável ao recém-nascido, de forma a contribuir no seu desenvolvimento. Esta reflexão, resultou na elaboração da Figura 1, a qual busca destacar a forma cíclica do ciclo humano quando considerado as relações familiares e possível reprodução da mesma.

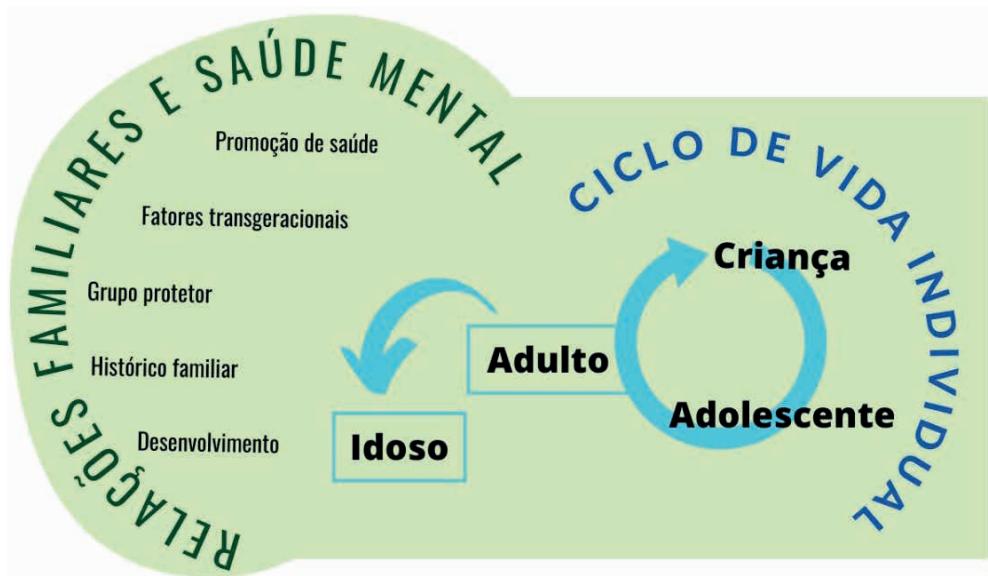


Figura 1: Relações familiares, saúde mental e o ciclo de vida individual

Fonte: Elaborada pelas autoras a partir das leituras e reflexões.

Conforme demonstra a Figura 1, o desenvolvimento do indivíduo pode sofrer a influência de dois ciclos: As relações familiares e o ciclo de vida individual. Cabe destacar, que as conexões entre essas duas estruturas se fazem presente em todo o desenvolvimento do indivíduo, visto que este vivencia a fase de criança, adolescente, adulto e idoso (conforme representado na cor azul), mas também na fase adulta, por meio da gestação, inicia-se um novo ciclo individual, onde o adulto influencia no desenvolvimento deste novo ser e é influenciado por ele.

Neste contexto, precisa-se, também, considerar a participação deste ciclo individual no contexto familiar, de forma a contribuir positivamente (ou não) nas relações interpessoais deste núcleo, o que acarreta impacto e implicações no desenvolvimento da saúde mental. Essa estrutura está demonstrada na imagem através das palavras: promoção de saúde, fatores transgeracionais, grupo protetor, histórico familiar e desenvolvimento.

Logo, entende-se, assim, que o ambiente no qual o indivíduo está inserido (independente da sua fase no ciclo de vida) trará repercussões para todas as etapas posteriores de vivências, sejam elas positivas ou negativas. Desta forma, ao considerar que o ambiente familiar pode atuar como fator protetor ao adoecimento ou compartilhar vulnerabilidades que maximizam e aceleram o processo de adoecer, com a presença de situações consideradas aceitáveis ou normalizadas devido a repetição dos ciclos entre as gerações, se faz necessário ampliar o olhar frente à promoção, prevenção e recuperação da saúde nesse contexto.

Ademais, os profissionais e serviços de saúde precisam atentar-se para os contextos familiares que influenciam direta e indiretamente no processo de saúde e adoecimento no âmbito de saúde mental, despontando estas percepções em todas as fases dos ciclos vitais.

4 | DISCUSSÃO

A ciência mostra que os bebês são seres previsíveis e com individualidade, capazes de adaptar-se e de interagir com os adultos, o que influencia diretamente no seu desenvolvimento cerebral e na regulação das suas emoções. Pesquisas descrevem, com fortes evidências, a neuroplasticidade cerebral dos bebês, ou seja, a capacidade do cérebro em moldar-se de acordo com as experiências (EIZIRIK; BASSOLS, 2013). Entende-se, assim, que o ambiente no qual o bebê e, posteriormente, criança, está inserido, trará repercussões para todas as etapas da sua vida.

No que tange ao contexto familiar, este deve estar estruturado de maneira protetora à saúde mental da criança, garantindo espaço acolhedor, com suporte afetivo e favorável às relações saudáveis entre seus membros, cabendo-lhe proporcionar um ambiente promotor da saúde mental infantil (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009). Assim a família tem papel de protagonista na saúde mental das crianças, através do desenvolvimento de fatores de

proteção e redução de riscos (BERTOLOTE *et al.*, 2020).

Ainda, o estudo de Leusin, Petrucci e Borsa (2018) destaca que, durante a infância um clima familiar com questões conflitantes e de hierarquia correlacionaram-se com problemas emocionais e comportamentais nas crianças, enquanto o ambiente constituído pela harmonia e apoio entre os membros demonstrou estar associado a diversos desfechos evolutivos positivos, como, por exemplo, melhor interação social e competências acadêmicas.

Dito isto, considera-se a família como elemento fundamental para auxiliar no processo de formação do indivíduo, independente da configuração estrutural que assuma, em especial no decorrer da infância. Burgos *et al.* (2017) trazem que as mudanças de conceito de “família” e os novos arranjos familiares reconhecidos atualmente (nuclear, extensa, associativa, entre outras) não alteram a relevância desta para o desenvolvimento adequado dos seus membros.

Vale destacar, que o entendimento das relações familiares é complexo e mutável, que sofrem influência de aspectos culturais, sociais, étnicos, logo, é imprescindível compreender que a forma de atuação familiar ocorre de maneira individualizada em cada núcleo, porém as reflexões deste estudo demonstraram que as relações familiares sempre impactam de alguma forma o indivíduo. No que se refere ao período da adolescência, o estudo realizado por Lima *et al.* (2021), com jovens que tentaram o suicídio e suas famílias, demonstrou aspectos relevantes relacionados à estrutura familiar: baixo suporte familiar, pouco contato emocional com os pais e ambientes marcados por constantes atritos e desavenças estavam presentes em grande parte das famílias participantes. Sugere-se, neste contexto, que o suporte familiar pode ser encarado como fator protetor frente às vulnerabilidades, assim como o inverso tem potencial para aumentar a sensibilidade dos jovens frente a situações estressantes. Nesta mesma linha, Corrêa *et al.* (2020) relatam em seu estudo, realizado com 262 adolescentes, a conexão entre a justificativa do uso de substâncias ilícitas e o elemento familiar, citado pelos participantes como uma maneira de fugir da realidade, das dificuldades e dos sentimentos negativos, atrelados às questões familiares.

Esse mesmo estudo, aborda que uma família com vínculos fortalecidos entre seus membros, pode atuar como um fator de proteção a estes indivíduos; porém, quando os laços encontram-se fragilizados, há uma valorização na utilização de drogas de abuso ou que dificultem o desenvolvimento da autonomia do adolescente, essa família apresenta-se como um de risco ao indivíduo (CORRÊA *et al.*, 2020). Entretanto, quando o indivíduo desempenha um papel de responsabilidade (de acordo com sua idade) dentro no núcleo familiar, isso contribui no desenvolvimento da autoconfiança, autoestima, do sentimento de pertencimento e identidade/papel no grupo (BERTOLOTE *et al.*, 2020). Neste contexto, observa-se o importante papel das relações familiares no desenvolvimento, impacto nas escolhas individuais e sentimento de pertencimento do adolescente.

Neste mesmo sentido, ao abordar a relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco de universitários, um estudo identificou que o suporte familiar e a saúde mental quando conectadas contribuem no desenvolvimento saudável do indivíduo, além de atuar como um sistema protetor e minimizador no momento da crise (SOUZA; BAPTISTA; BAPTISTA, 2010). Assim, corroborando com a reflexão anterior, pode-se observar que o ambiente familiar fragilizado pode impactar negativamente quando busca-se criar um espaço de proteção ao indivíduo.

Ademais, com relação a compreensão de familiares de adolescentes sobre as situações de crise e a busca de cuidados, estudo demonstrou que a situação de crise pode favorecer a transformação do ciclo familiar, através de uma maior comunicação, sentimento de cuidado e fortalecimentos das relações familiares (ROSSI; CID, 2019). Desta forma, comprehende-se que o impacto das relações familiares auxilia no processo de recuperação da saúde e manejo do adoecimento de saúde mental e essa estratégia contribui na transformação do grupo em uma unidade de proteção individual e familiar.

Quanto aos indivíduos adultos, a saúde mental e sua relação com o sistema familiar podem ser analisadas sob a perspectiva de parentalidade, ou seja, quando os adultos se tornam pais e responsáveis por um subsistema, além de permanecer como integrantes de uma estrutura mais ampla, composta por seus pais, avós, tios, primos. Assim, aspectos como flexibilidade e estipulação de limites necessitam ser dialogados de maneira dinâmica entre os membros da família, com vistas a manter relações saudáveis em um contexto de transição e redefinição de papéis (TRALHÃO *et al.*, 2020). Neste período, onde geralmente, o adulto pode trabalhar as vivências familiares e auxilia no desenvolvimento de outro indivíduo (filhos, por exemplo) se faz necessário considerar o processo de adoecimento mental passado entre as gerações. O cuidado de saúde mental familiar apresenta-se como importante meio para romper do ciclo familiar da narrativa do adoecer, ou seja, que o processo de adoecimento seja trabalhado e não compartilhado entre os membros da família e entre as gerações futuras, ao exemplo da violência, utilização de drogas lícitas e ilícitas, ansiedade e transtornos alimentares (SILVA; COMIN, 2019). Assim, observa-se a relevância do papel familiar e de seus membros no comportamento e adoecimento mental dos indivíduos.

Ao tratar-se de idosos, as relações familiares bem estruturadas (no sentido de um ambiente agradável e harmonioso) atrelam-se à melhor qualidade de vida destes, associando uma saúde psicológica mais otimista e a maior autonomia, colaborando para um envelhecimento saudável (PANTOJA; SOTO-LÓPEZ, 2018). Ao encontro disso, Coutinho *et al.* (2020), ressaltam que o ambiente familiar pode tornar-se elemento facilitador ou protetor da saúde mental do idoso, dependendo da qualidade das relações estabelecidas entre eles, gerando benefícios como o sentimento de pertencimento e a diminuição da solidão.

Conforme Silva e Comin (2019), há evidências importantes acerca do papel familiar na replicação e perpetuação de costumes, crenças, valores e modo de vida que podem

levar à processos de adoecimento ao longo das gerações, reconhecendo que a dinâmica familiar está intimamente ligada à saúde mental dos sujeitos. E assim, a família assume o papel de instituição social com grande potencialidade de promoção da saúde, individual e coletiva, visto que esta pode (re)pensar e implementar estratégias de cuidado e bem-estar (BERTOLOTE *et al.*, 2020) a ser repassada entre as gerações.

5 | CONCLUSÕES

Revisitar as produções do presente texto e as reflexões obtidas através dele, favoreceram um momento para pesquisa e construção de conhecimento, vinculando a estrutura familiar e a saúde mental dos indivíduos no decorrer dos ciclos da vida, bem como, (re)significar experiências pessoais e profissionais no âmbito da saúde mental e contexto familiar. Deste modo, seguindo a linha de diversos estudos que abordam essa temática, comprehende-se que as atribuições e responsabilidades do sistema familiar podem ser fatores relevantes e influenciadores à saúde mental dos seus integrantes, tanto para a criação de um ambiente favorável ao pleno desenvolvimento destes, quanto para situações desfavoráveis e de adoecimento aos sujeitos.

Enquanto enfermeiras, as reflexões contribuíram a instigar o olhar frente às relações familiares na nossa atuação profissional, porém não somente na temática de saúde mental, mas sim ao considerar todo o processo de cuidado individual e coletivo, e a inserção e integração destes no contexto social. Destaca-se, ainda, que as construções e reflexões frente a esta temática necessitam permanecer em um processo contínuo e reflexivo de aprendizagem, visto sua relevância nos âmbitos acadêmico e profissional.

REFERÊNCIAS

BERTOLOTE, J. M.; ROCHA, V. P. S.; ASEVEDO, E.; ESTANISLAU, G.; MADRUGA, C. O papel da família na promoção da saúde mental. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. 28 p. Observatório Nacional da Família. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/producoesnf/diagramacaoSNFfamiliaesaumentaldigital2.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2023.

BURGOS, G. V.; NARVÁEZ, N. N.; BUSTAMANTE, P. S. M.; BURRONE, M. S.; FERNÁNDEZ, R.; ABELDAÑO, R. A. Family functioning and suicide attempts at a public hospital of Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, v. 7, n. 3, p. 2802-2810, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.009>. Acesso em: 28 nov. 2022.

CORRÊA, I. L.; SILVA, J. P.; BOUSFIELD, A. B. S.; GIACOMOZZI, A. I. Adolescência e drogas: representações sociais e atribuições de causalidade ao uso. *PSI UNISC*, v. 4, n. 2, p. 43-61, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i2.14941>. Acesso em: 28 nov. 2022.

COUTINHO, J. S. L.; HENRIQUES, B. D.; SALGADO, P. O.; TOLEDO, L. V.; DIAZ, F. B. B. Compreensão da relação entre a saúde mental do idoso e seu ambiente familiar: uma revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10559-10572, jul./ago., 2020. ISSN 2595-6825. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-270. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15122/12471>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa*, v. 3, n. 01, p. 87-100, jan.-jun., 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesp/v3n1/v3n1a08.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana:** uma perspectiva psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 255 p.

LEUSIN, J. F.; PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C. Clima familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 49-61, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2022.

PANTOJA, C. T.; SOTO-LOPEZ, N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz. Med.*, Lima, v. 18, n. 1, p. 23-28, jan. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n1.04>. Acesso em: 29 nov. 2022.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 734-742, 2019. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctao1811>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbt/a/9SCGnqFbC3sBKLGDczkqd5q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SILVA, J. D. A.; COMIN, F. S. As famílias podem (se) adoecer: revisão integrativa da literatura científica. *Vínculo - Revista do NESME*, v. 16, n. 2, 2019. DOI: 10.32467/issn.19982-1492v16n2p23-43. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139462931003>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, A. S. D.; BAPTISTA, M. N. Relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários. *Acta Colombiana de Psicología*, [S. L.], v. 1, n. 13, p. 143-154, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v13n1/v13n1a13.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2023.

CAPÍTULO 4

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ACERCA DA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVADA: RESSIGNIFICANDO PRÁTICAS

Data de submissão: 09/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Micheline Raquel Beneton de Medeiros

Secretaria Municipal de Saúde de Cruz Alta - RS
Cruz Alta - RS
<https://orcid.org/0000-0002-0536-3500>

Fabiane Debastiani

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
[https://orcid.org/0000-0003-0508-3952.](https://orcid.org/0000-0003-0508-3952)

Edinéia Gopinger

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<https://orcid.org/0009-0002-3334-1779>

Ethel Bastos da Silva

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<https://orcid.org/0000-0002-6880-7463>

RESUMO: Introdução: A violência sempre existiu e, com a criação de portarias, leis e políticas públicas surge a necessidade de capacitar os trabalhadores de saúde para atender essa demanda na atenção básica. Objetivo: Descrever experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde sobre Notificação de Violência. Método: Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de

experiência. Os participantes foram a equipe multidisciplinar de uma Estratégia Saúde da Família de uma cidade no estado do Rio Grande do Sul. Os temas desenvolvidos foram relacionados à violência e a notificação de violência. Resultados: Houve o reconhecimento que a violência é um problema de saúde pública e as dúvidas sobre a ficha de notificação e o ato de notificar. Conclusões: Há necessidade de ampliar a capacitação e sensibilização com a temática para outras equipes abordando conteúdos como: identificar, acolher, notificar e tratar as mulheres em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Capacitação Profissional; Violência.

CONTINUOUS HEALTH EDUCATION ABOUT REPORTING INTERPERSONAL AND SELF-PROVED VIOLENCE: RESIGNIFYING PRACTICES

ABSTRACT: Violence has always existed and, with the creation of ordinances, laws and public policies, there is a need to train health workers to meet this demand in primary care. Objective: To describe experiences of workshops on Permanent

Education in Health on Notification of Violence. Method: Qualitative, descriptive, experience report type study. The participants were the multidisciplinary team of a Family Health Strategy in Rio Grande do Sul. The themes developed were related to violence and notification. Results: There was recognition that violence is a public health problem and doubts about the notification form and the act of notifying. Conclusions: there is a need to expand training and awareness on the subject to other teams, addressing content such as: identifying, welcoming, notifying and treating women in situations of violence.

KEYWORDS: Primary Health Care; Professional Training; Violence.

1 | INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma estratégia de qualificação das equipes de Saúde da Família, pode resultar na melhoria da atenção em saúde. Dentre as iniciativas de EPS, encontra-se a formação de espaços coletivos de aprendizagem significativa no cotidiano do trabalho, como uma modalidade (FERREIRA et al.2019). Neste sentido, a EPS sobre violência e notificação compulsória na atenção primária torna-se fundamental para a (re)significação das práticas de saúde, tendo em vista que os trabalhadores concentram suas ações em modelos biomédicos, distanciando-se da vigilância em saúde (SANTOS; SANTOS, 2020).

Enraizada e capilarizada nos diversos setores sociais do mundo contemporâneo, a violência configura um fenômeno histórico e complexo, que acompanha a civilização humana desde os primeiros movimentos de sua construção. Dito isso, destaca-se que, em todo o mundo são registradas anualmente mais de 1,3 milhões de mortes em decorrência da violência, seja ela autoprovocada, interpessoal ou coletiva, correspondendo a 2,5% da mortalidade global (MAFFISSONI et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é reconhecida como:

“O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2014).

Já no Brasil, considerada um problema de saúde pública, a violência tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) prevê, através da Portaria nº 104 de 2011, a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência (BRASIL, 2011). Destaca-se que, em muitos momentos, a notificação dos casos de violência causa questionamentos éticos, ansiedades, medos e dúvidas técnicas nos profissionais. Esses fatores, somados à sobrecarga de trabalho, podem ter como consequência a não visualização da complexidade da questão, bem como, a não premência de equacioná-la, provavelmente ajudando a perpetuar a subnotificação dos casos e, assim, a relativa invisibilidade desta problemática (LEITE; FONTANELLA, 2019).

Também, o desafio está no reconhecimento da violência como um tema interdisciplinar, onde a notificação transforma-se num passo primordial e estratégia eficiente de organização e monitoramento, a qual possibilita construir uma rede de controle a partir do âmbito municipal ou estadual, em comunicação com outros órgãos. Porém, os profissionais de saúde têm dificuldade em realizar a notificação como conduta padrão, ainda que exista a obrigatoriedade legal para isso, pois enfrentam como obstáculo o reconhecimento das definições da tipologia de violência e, consequentemente, seu reconhecimento na assistência em saúde (GARBIN *et al.*, 2015).

Diante da complexidade do fenômeno e das repercussões geradas por ele, a violência é um assunto de ampla discussão em diversos campos do saber, mas pesquisas realizadas sobre esta temática evidenciam o despreparo dos profissionais, receios de retaliação e desconhecimento do processo de notificação. Um estudo recente mostra que os dados registrados na ficha de notificação apresentam-se de forma fragilizada, com isso reconhece-se a necessidade de capacitação dos profissionais para o preenchimento correto da mesma (SOUZA *et al.* 2020).

A importância desse relato está em descrever a experiência da EPS acerca da realização da Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada com profissionais/trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), como uma prática educativa desenvolvida em uma Unidade de Saúde (UBS) que estimula os trabalhadores a (re)pensar seus modos de cuidar, rever seus conhecimentos e incluir entre suas ações, a notificação dos casos de violência.

Estudantes e profissionais da área da saúde e afins, ao lerem este relato, poderão reproduzir as ações de EPS em seus locais de estudo/trabalho, e com isso adaptá-las e complementá-las de acordo com as necessidades observadas a fim de contribuir para a identificação dos casos de violência, prevenindo a repetição e agravamento das situações. Além disso, (re)criar e fortalecer vínculos com a rede de proteção e garantir os direitos das pessoas que estão nesta situação. Sendo assim, essa experiência tem potencial para que os trabalhadores possam ressignificar as ações de notificação de violência no âmbito da APS em UBS.

Com base nesses pressupostos, este estudo tem como objetivo descrever experiências de oficinas de Educação Permanente em Saúde sobre Notificação de Violência.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência (RE), o qual caracteriza-se por experiências vivenciadas. Neste sentido, a experiência passa pelo pensamento e pela reflexão para despertar e (re)reconhecer os saberes (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

O cenário deste estudo foi uma ESF de um município no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, cadastrado no Programa da Rede Bem Cuidar (RBC). Participaram 24 profissionais do ESF, dentre eles: agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, vacinadora e recepcionista. As oficinas ocorreram na própria ESF e ocorreram durante o segundo trimestre de 2022, nas quintas-feiras no turno da tarde durante a reunião de equipe, sendo convidados através grupo de *Whathsapp*. A EPS desenvolvida estava incluída como meta dentro do guia do Selo Prata, sendo assim, os profissionais da unidade foram capacitados sobre a ficha de notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

A gestora do programa e a enfermeira assistencial da unidade, participaram de uma capacitação sobre o tema disponibilizados pela plataforma de ensino Lumina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e uma Oficina sobre Vigilância da Violência, promovida pelo Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Saúde do RS. Após a finalização dos cursos, ambas organizaram os encontros/oficinas com os profissionais de saúde, sendo planejado uma conversa empregando metodologias ativas acerca do tema e disponibilizado para cada profissional cópia da FN de violência, a fim de conhecê-lá. De posse do conhecimento adquirido e da FN, ao final de cada encontro foi realizada uma reflexão conjunta sobre a experiência realizada.

Por tratar-se de um relato de experiência, este trabalho não necessitou da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS

Os resultados serão apresentados através do relato das três oficinas vivenciadas:

I Oficina – Identificando a realidade do território: aqui tem violência – A equipe de trabalho foi composta pela gestora do programa da RBC, pela enfermeira e pelo médico do ESF, onde recepcionaram os trabalhadores, os quais foram posicionados em um semicírculo. A enfermeira iniciou com uma dinâmica de apresentação. Na sequência informou o objetivo da oficina, que foi refletir e discutir sobre os tipos de violência. Também pactuou, os dias, horários e temas das outras oficinas. Em seguida, abordou o conceito da violência e suas tipologias: violência coletiva, violência autoinfligida e violência interpessoal (OMS, 2002). Após esse momento, os participantes foram estimulados a exporem suas percepções e conhecimentos sobre o tema e pensarem na problemática dentro do território.

Em nossa área temos muitos casos de violência principalmente relacionados às mulheres e aos idosos” (P1).

O problema de violência é uma realidade diária em nosso território, nunca participei de um encontro desses dentro da nossa unidade” (P2).

Muito interessante essa oportunidade que estamos tendo, acho que agora

nossas reuniões terão sentido" (P4).

A oficina proporcionou aos trabalhadores da saúde refletirem sobre suas realidades concretas, visto que alguns destacaram que o primeiro encontro foi finalizado com êxito, pois fez sentido em suas reflexões, aprendizagens e práticas.

II Oficina – As causas da violência no território: drogas, desigualdades sociais e desemprego – Esta oficina teve como objetivo refletir sobre as causas da violência e repercussões na sociedade, além de apresentar uma retrospectiva dos marcos históricos da violência. O médico da ESF enfatizou a importância da EPS para a gestão do trabalho e a qualidade da assistência prestada, pois o acolhimento e a ética fortalecem o vínculo entre profissionais e pacientes que sofrem algum tipo de violência. Percebeu-se a preocupação dos profissionais com relação ao tema, reconhecendo as principais causas para a violência dentro do território. Após a apresentação do conteúdo ocorreu uma roda de conversa com reflexões acerca da explanação, surgindo assim as seguintes colocações:

Tenho certeza que se não houvesse tanta drogadição em nossa área não seríamos um dos bairros mais violentos de nossa cidade. (P3).

Aqui a maioria dos moradores não possui emprego, vivem de bicos ou são catadores. O pouco que ganham entregam ao tráfico, bebem e acabam sendo violentos dentro de casa (P5).

III Oficina – Conhecendo a ficha de notificação: de quem é a responsabilidade? E quais as consequências para os trabalhadores? – Nesta última oficina, foi explanado sobre importância das portarias e leis relacionadas ao tema, e realizada a apresentação da FN de violência interpessoal e autoprovocada (instrumento físico).

A gestora iniciou as atividades afirmando que todo o conhecimento experimentado deve servir de uma base para modificar a realidade do território, transformando a teoria em uma prática qualificada. Nesse encontro, os participantes foram organizados em duplas para preenchimento da FN a partir de um caso fictício. Nesta etapa da oficina foi considerada a prática da EPS, pois toda teoria recebida ao ser transformada em prática possibilita a qualificação do trabalho e melhorar os índices de subnotificação e, assim, dando visibilidade à problemática.

"Eu sempre achei que apenas a enfermeira coordenadora poderia realizar a notificação" (P6).

"Eu fico só dentro do consultório do dentista, não sei reconhecer e nem completar a notificação" (P8).

"Meu medo é sofrer algum tipo de violência se caso eu notificar o agressor" (P6).

"Aqui existem muitos casos de violência contra mulheres e idosos, vocês precisam saber reconhecer essas situações e realizar as notificações adequadas, podendo ser anônimas. P7)

4 | DISCUSSÃO:

Oficina	Tema	Objetivos	Estratégias pedagógicas	Principais resultados
I	Definição do tema e tipos de violência	Refletir e discutir sobre os tipos de violência	Aprendizagem Baseada em Evidências Recurso audiovisual Exposição e diálogo em círculo sobre o tema	Interação entre o grupo Identificação dos tipos de violência Reconhecimento das atividades
II	Retrospectiva histórica e causas de violência	Refletir e discutir causas e consequências da violência	Aprendizado Baseado em Evidências. Recurso audiovisual Exposição e diálogo em círculo sobre o tema	Identificar as causas e consequências da violência e acolhimento na ESF
III	Portaria e leis sobre violência	Preencher a ficha de Notificação Compulsória das violências	Estudo de Caso ficha de notificação Compulsória das violências	Identificar as causas e consequências da violência e acolhimento na ESF

Quadro I: Oficinas de Educação Permanente em Saúde em Estratégia Saúde da Família, acerca do tema Notificação de Violência, 2023, RS, Brasil

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir das vivências.

Ao analisar as oficinas de EPS com o tema da violência interpessoal e autoprovocada, constata-se que os profissionais reconhecem que o problema é uma questão de saúde pública e que o tema deve ser amplamente discutido na APS, a fim de organizar melhores práticas em saúde e ampliar a identificação da ocorrência de violência. Neste sentido, as oficinas são oportunidades para aprender e falar sobre os casos dentro da comunidade para dar seguimento correto aos fluxos padronizados ou a necessidade de construí-los.

A violência interpessoal e autoprovocada contra as mulheres é determinada por fatores sociodemográficos, comportamentais e experiências pessoais de violência. Crianças, mulheres e idosos são as vítimas mais prevalentes, sendo os agressores do sexo masculino e jovens (LEITE et. al, 2023), em alguns casos, a violência aparece intermediada pelo Estado ou pelo tráfico organizado (CORRÊA et al., 2021).

Com relação às causas da violência, nas oficinas foi identificado que o uso de álcool e drogas deflagram o agravo, o que é condizente com a literatura. No caso da violência contra à mulher, os principais agressores são do sexo masculino e fazem uso abusivos de álcool e drogas (OLIVEIRA et al., 2021; MASCARENHAS et al., 2020). Durante as oficinas, sobre a FN, foi constatado que os trabalhadores desconheciam o fato de que podem/devem notificar. Neste aspecto, um estudo mostra o enfermeiro como membro da equipe da ESF, que se responsabiliza pelas notificações de violência (FLÓRIDO et al., 2020), fato também verbalizado nas oficinas. Porém, a obrigatoriedade de notificação das situações de violência encontra-se instituída por atos normativos e legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), a Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003a) que

institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a Lei nº 10.741/2003, que cria o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b). Já no âmbito das ações de vigilância do MS, somente em 2011, com a publicação da Portaria nº 104 de 2011 (BRASIL, 2011), foram incluídas as situações de violência na lista de agravos, e por consequência, de notificação obrigatória. Embora essa portaria tenha sido revogada pela Portaria nº 1.271 de 2014, a obrigatoriedade da notificação foi mantida (BRASIL, 2014).

Os agravos de notificação compulsória são aqueles que devem, obrigatoriamente, ser comunicados à autoridade de saúde local. As notificações devem ser realizadas pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, na ocorrência de suspeita ou confirmação do ato violento. Neste contexto, o preenchimento correto e completo da FN, é um problema recorrente que requer maior dedicação por parte dos trabalhadores em saúde. O acolhimento da pessoa que sofre violência precisa ser acompanhado do registro no documento que integra os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (MASCARENHAS *et al.*, 2020). Destaca-se que, quanto mais bem preenchido o documento, mais fidedignas serão as análises e as estratégias de prevenção poderão ser elaboradas de forma mais assertiva para cada território.

Os trabalhadores, deste estudo, mencionaram sentir medo de realizarem o registro e sofrerem violência por parte dos agressores. Compreende-se que muitos obstáculos são encontrados no preenchimento da FN, entre eles: o medo da violência e de represálias no território, logo, o desânimo de alguns profissionais pode estar relacionado a ausência de proteção e segurança do estado em caso de quebra de sigilo. Assim, a insegurança faz com que muitos profissionais não se exponham e resistam em realizar a notificação, além da noção (equivocada) de que a FN é uma denúncia policial (MUNIZ; DANTAS; SANTANA, 2022).

Neste sentido, a proximidade da Unidade de Saúde pode ora facilitar o acolhimento das pessoas que sofrem violência, ora dificultar, tendo em vista que esses locais são constituídos por relações de poder e vendas de drogas, e permeado por violências (MUNIZ; DANTAS; SANTANA, 2022). Neste contexto, a violência enquanto problema sociocultural, além de violar os direitos, incrementa as desigualdades sociais e seus impactos são observados na vida cotidiana e na saúde da população, por ser produzida na intersecção de gênero, raça e classe em comunidades em situação de alta vulnerabilidade (CORRÊA *et al.*, 2021).

Assim, o processo de trabalho em saúde e as ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012) devem estar alinhados com estratégias voltadas para a territorialização do cuidado, no qual está previsto maior proximidade das equipes de saúde com a população, isso traz potencial para qualificar melhor as diferentes demandas, hierarquizando-as por nível de complexidade e buscando-as de modo ativo e não esperando chegarem aos serviços..

O atual modelo de atenção caracteriza-se, como um desafio complexo para as equipes de saúde, pois delas são exigidas respostas a demandas que passaram a ser progressivamente incorporadas como parte do escopo de atuação do setor, como: iniquidades sociais, violências de gênero e contra crianças e adolescentes, e o uso abusivo de drogas.

Desse modo, as oficinas foram consideradas um momento de aprendizado no trabalho e possivelmente suas práticas tenham se modificado, pela sensibilização com o tema. Através do exposto, comprehende-se que a EPS precisa ser incentivada, tendo em vista que a violência é um problema crescente e de origem social que pode ser minimizado com auxílio de políticas públicas intersetoriais.

Diante das demandas que se colocam na formação de profissionais para o enfrentamento da violência de gênero, processos educativos voltados para a construção coletiva e compartilhada do conhecimento, que rompem com a lógica tradicional da educação, podem ser uma valiosa ferramenta no fortalecimento do fazer dos profissionais (OLIVEIRA; CURI, 2020). Porém, é preciso reforçar estratégias e ações com prioridade na EPS tendo em vista a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a ser desenvolvida nos serviços de saúde da Atenção Primária. Contudo, destaca-se que algumas iniciativas desenvolvidas baseiam-se em uma educação instrumental, com ênfase em ações pontuais; fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços (FERREIRA *et al.*, 2019).

Mesmo com a observação do avanço da utilização de recursos tecnológicos e de práticas pedagógicas reflexivas no cotidiano de trabalho nas iniciativas de EPS. Esses têm como objetivos provocar os trabalhadores de saúde a transformar suas práticas, alterando as suas atuações profissionais e consequentemente qualificando os serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019) e dessa forma, é possível consolidar a EPS.

5 | CONCLUSÕES

A EPS faz parte da gestão do processo de trabalho na Atenção Básica, para tanto não basta que os profissionais em saúde tenham domínios profissionais específicos, torna-se necessário construir competências e habilidades qualificadas para resolver questões complexas, como a violência.

Os profissionais que desenvolvem a ESF são aqueles que possuem maiores condições e possibilidades de interagir com a comunidade, na perspectiva de mudança do seu território. A busca do conhecimento por parte dos profissionais, deve ocorrer a partir da identificação e da necessidade de resolver questões vivenciadas no processo de trabalho para alcance de resultados, pois é no dia a dia que os profissionais reconhecem a necessidade de aperfeiçoamento ou qualificação. Discutir essas questões dentro da EPS é fundamental, pois a expectativa é que o trabalho em saúde seja (re)significado. Portanto,

faz-se necessário a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática, como para políticas públicas que ofereçam condições de identificar, acolher, notificar e tratar as vítimas de violência.

A construção deste RE evidencia que existem grandes lacunas entre o que é preconizado e o trabalho realizado, principalmente no reconhecimento das formas de violência e nas notificações não realizadas. Espera-se que a partir das oficinas desenvolvidas, os profissionais sintam-se seguros para qualificar suas ações dentro deste importante problema de saúde pública, dando voz a invisibilidade das vítimas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o **Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 6 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 10.778/2003, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Diário Oficial da União. 25 nov. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Lei nº 10.741/2003, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o **Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 30 out. 2003b. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no **Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005)**, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 26 jan. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Diário Oficial da União. 7 jun. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 8 abr. 2023.

CORRÊA, Milena Dias; MOURA, Ludmila de; ALMEIDA, Luciane Pinho de; ZIRBEL, Ilze. **As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 30, n. 2, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902021210001>. Acesso em: 8 abr. 2023.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Julia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. Saúde em Débate, [S.L.], v. 43, n. 120, p. 223-239, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>. Acesso em: 9 abr. 2023.

FLÓRIDO, Helena Guimarães; DUARTE, Sabrina da Costa Machado; FLORESTA, Waleska Menengat Corrêa; MARINS, Aline Miranda da Fonseca; BROCA, Priscilla Valladares; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de. **NURSE'S MANAGEMENT OF WORKPLACE VIOLENCE SITUATIONS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**. Texto & Contexto – Enfermagem, [S.L.], v. 29, p. e20180432, 2020 FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0432>. Acesso em: 9 abr. 2023.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; DIAS, Isabella de Andrade; ROVIDA, Tânia Adas Saliba; GARBIN, Artônio José Íspér. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. Ciências & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>. Acesso em: 9 abr. 2023.

LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. **Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.L.], v. 14, n. 41, p. 2059, 29 nov. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059). Acesso em: 5 abr. 2023.

LEITE, Franciele Marabotti Costa; SANTOS, Dherik Fraga; RIBEIRO, Luiza Albina; TAVARES, Fabio Lúcio; CORREA, Evellyn Souza; RIBEIRO, Luiza Eduarda Portes; PEDROSO, Márcia Regina de Oliveira. **Análise dos casos de violência interpessoal contra mulheres**. Acta Paulista de Enfermagem, [S.L.], v. 36, 2023. Acta Paulista de Enfermagem. <https://doi.org/10.37689/actape/2023A000181>. Acesso em: 9 abr. 2023.

MAFFISSONI, Andre Lucas; SANES, Marina da Silva; OLIVEIRA, Saionara Nunes de; MARTINI, Jussara Gue; LINO, Mônica Motta. **Revisión de la literatura sobre la violencia y sus implicaciones en la formación en enfermería**. Revista Cuidarte, [S.L.], v. 11, n. 2, 13 maio de 2020. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1064>. Acesso em: 7 abr. 2023.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; TOMAZ, Gabriela Rodrigues; MENESSES, Gabriel Medina Sobreira de; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; PEREIRA, Vinícius Oliveira de Moura; CORASSA, Rafael Bello. **Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017**. Revista Brasileira de Epidemiologia, [S.L.], v. 23, n. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 8 abr. 2023.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES Fabio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. **Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico**. Práxis Educacional, [S.L.], vol. 17, n. 48, p. 1-18, 1 set. 2021. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Edições UESB. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>. Acesso em: 9 abr. 2023.

MUNIZ, Bruna Ariella Aguiar; DANTAS, Ana Lúcia Mota; SANTANA, Mauricea Maria de. **Notificação de violência infanto-juvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00620196, 2022, <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>. Acesso em: 9 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a prevenção da violência.** 2014. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2023.

OLIVEIRA, Murilo Santos; ALARCON, Miriam Fernanda Sanches; MAZZETTO, Fernanda Moerbeck Cardoso; MARIN, Maria José Sanches. **Agressores de pessoas idosas: interpretando suas vivências.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [S.L.], v. 24, n. 6, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562021024.210077>. Acesso em: 9 abr. 2023.

OLIVEIRA, Luciana da Silva; CURI, Paula Land. **Formação profissional, experiência e dialogicidade no contexto universitário: relato de uma experiencial extensionista em educação feminista.** Pesquisas e Práticas Psicosociais, São João del-Rei, v. 15, n. 4, p. 1-18, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-8908202000400012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 08 abr. 2023.

SANTOS, Jucilene Conceição; SANTOS, Evellyn Silva Araujo dos. **Educação Permanente em Saúde sobre a importância da notificação Compulsória dos agravos não transmissíveis.** In: Educação, Trabalho e Saúde: caminhos e possibilidades em tempos de pandemia. 2. ed. Editora Científica Digital, 2022. Cap. 8. p. 102-110. Disponível em: https://web.archive.org/web/20221113204048id_ /<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/220709622.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2023.

SOUZA, Cyntia Meneses de Sá; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; LIMA, Patrícia Viana Carvalhedo; RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco. **Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014.** Cadernos Saúde Coletiva, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 477-487, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028040139>. Acesso em: 6 abr. 2023.

CAPÍTULO 5

MONITORIA ACADÊMICA EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS CIRÚRGICO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/09/2023

Samuel Albuquerque de Souza

Acadêmico, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0009-0009-9067-0326>

Francisca Nellie de Paula Melo

Docente, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-4082-3429>

Anne Lívia Cavalcante Mota

Docente, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-4701-5811>

Ana Paula Chaves Cunha

Acadêmica, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0009-0003-3593-2924>

Luma Patrícia da Silva Sousa

Acadêmica, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0009-0004-3080-0751>

Andressa Lorrane Gonzaga Bonfim

Acadêmica, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0009-0009-8260-1857>

Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

Docente, Faculdade Princesa do Oeste
Crateús – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-6805-6137>

RESUMO: **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo relatar a experiência do acadêmico de enfermagem no desempenho de atividades de monitoria na disciplina Enfermagem nos Cuidados Cirúrgicos no processo ensino-aprendizagem.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de um acadêmico de enfermagem na realização da modalidade de monitoria no processo de ensino da referida disciplina durante o semestre de 2022. Foi demonstrado no laboratório a montagem do kit cirúrgico básico, apresentação e explicação dos instrumentais cirúrgicos e as etapas relacionadas pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório e a atuação da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. Foi construído e aplicado os POP's como guia nas práticas do laboratório, tais como: calçar e retirar luvas estéreis; higienização e degermações das mãos; assistência de enfermagem ao

paciente em pré-operatório; assistência de enfermagem ao paciente em intra-operatório e a assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório, com intuito de esclarecer as dúvidas dos discentes sobre o conteúdo abordado em sala de aula. **Resultados:** A monitoria desenvolveu práticas, exposição de materiais e de revisão de conteúdos teóricos. Foram os dois semestres tendo um total de 42 acadêmicos. Todos os tópicos teóricos da disciplina eram apresentados no laboratório pelos equipamentos hospitalares, guiada por POP's e material audiovisual. No final de cada demonstração havia uma atividade avaliativa para maior fixação do conteúdo. **Considerações Finais:** Conclui-se que o papel do monitor é apoiar, auxiliar e proporcionar meios de aprendizagem na realização de habilidades, fortalecendo vínculos acadêmicos e contribuindo para a formação de profissionais qualificados para exercer a profissão. A experiência proporcionou crescimento acadêmico e pessoal, oportunizando o compartilhamento de saberes monitores-alunos.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem. Cuidados Cirúrgicos. Enfermagem. Monitoria.

1 | INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Esse ambiente, direciona intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão e eficácia, requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades do usuário diante da elevada densidade tecnológica e a variedade de situações que lhe conferem uma dinâmica peculiar de assistência em saúde (CARVALHO, et al., 2015). Cabe ressaltar a importância da monitoria na disciplina de cuidados cirúrgicos para o aprendizado dos discentes. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, o objetivo de aperfeiçoar ensino e desenvolver habilidades técnico-didáticas na formação superior a Lei nº5.540/1968 regulamentou a monitoria acadêmica (BRASIL, 1968). Essa lei foi validada pela Lei nº9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (BRASIL, 1996), no propósito de oferecer e fortalecer o tripé ensino, pesquisa e extensão, analisando e desenvolvendo as aptidões dos estudantes.

A monitoria acadêmica é um serviço de apoio pedagógico que proporciona ao discente-monitor aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, habilidades e técnicas, em parceria com o docente (DE FREITAS; ALVES, 2020). De acordo com Plano de Desenvolvimento Institucional PDI 2021-2025 da Faculdade Princesa do Oeste – FPO, foi instituído um programa que objetiva apoiar pedagogicamente o discente. “O monitor será um facilitador do processo ensino e de aprendizado, junto aos demais estudantes. A monitoria proporcionará ao aluno-monitor experiência acadêmica” (FPO, 2021).

Para o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem não somente dos alunos monitorados, como também do discente monitor, visto que além de esclarecer dúvidas sobre determinada disciplina, preenchendo as lacunas de conhecimento, possui vivências do significado do “docente universitário”, compreendendo as demandas relacionadas

ao planejamento pedagógico, vínculo com os alunos, comunicação, organização e responsabilidade sobre o componente curricular e o entendimento deste pelos estudantes (FONTES *et al.*, 2019). Dessa forma, a monitoria acadêmica é um serviço de apoio pedagógico encarregado de sanar dificuldades relacionadas à disciplina trabalhada em aula, possibilitando aos alunos oportunidade de aprofundar conhecimentos (HAAG *et al.*, 2008). O objetivo desse artigo foi relatar a experiência vivida enquanto acadêmico de enfermagem no desempenho de atividades de monitoria na disciplina Enfermagem nos Cuidados Cirúrgicos no processo ensino-aprendizagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve as vivências de um acadêmico de enfermagem com supervisão da docente do curso de enfermagem na realização da modalidade de monitoria no processo de ensino da referida disciplina durante o semestre de 2022. A monitoria foi realizada com acadêmicos do sexto semestre de Enfermagem, na disciplina Enfermagem nos Cuidados Cirúrgicos, no laboratório de enfermagem no centro cirúrgico de uma instituição de ensino superior privado. Foi demonstrado no laboratório a montagem do kit cirúrgico básico, apresentação e explicação dos instrumentais cirúrgicos e as etapas relacionadas pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório e a atuação da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. Foi construído e aplicado os POP's como guia nas práticas do laboratório, tais como: calçar e retirar luvas estéreis; higienização e degermações das mãos; assistência de enfermagem ao paciente em pré-operatório; assistência de enfermagem ao paciente em intra-operatório e a assistência de enfermagem ao paciente em pós-operatório, com intuito de esclarecer as dúvidas dos discentes sobre o conteúdo abordado em sala de aula.

3 | RESULTADOS

A monitória desenvolveu práticas, exposição de materiais e de revisão de conteúdos teóricos. Foram os dois semestres tendo um total de 42 acadêmicos. Todos os tópicos teóricos da disciplina eram apresentados no laboratório pelos equipamentos hospitalares, guiada por POP's e material audiovisual. No quadro 1 são elencadas as principais atividades desenvolvidas durante a monitoria.

1. Elaboração de exercícios de fixação, de acordo com a bibliografia básica e complementar da disciplina;
2. Acompanhamento nas aulas práticas, conduzindo os alunos no uso do EPI's e dos instrumentais cirúrgicos;
3. Revisão dos conteúdos teóricos com os discentes para as avaliações bimestrais;
4. Planejamento semestral da monitoria junto ao docente;
5. Participação em eventos científicos com apresentação de trabalhos sobre a temática

Quadro 1. Principais atividades realizadas durante a monitoria

Fonte: autores, 2023.

No final de cada demonstração havia uma atividade avaliativa para maior fixação do conteúdo. Nas atividades de fixação os discentes puderam aprofundar os conhecimentos das condutas realizadas na Central de Material e Esterilização, o processo de limpeza e esterilização, os indicadores químicos, biológicos e físicos; os nomes e funções dos instrumentais cirúrgicos.

Além disso, nas práticas de laboratório os discentes puderam simular a instrumentação cirúrgica, montando a mesa conforme protocolos. Com isso, possibilitou o aprendizado mais didático dos tempos de cirurgia, uma vez que os instrumentais e os tempos cirúrgicos foram divididos na mesa de Mayo em diérese, hemostasia, exérese e síntese.

Coube à monitoria preparar o aluno para o entendimento mais claro acerca de todo os cuidados de enfermagem cirúrgicos em todas as fases operatórias, bem como sanar possíveis dúvidas sobre os variados conteúdos teórico-práticos ofertados na disciplina, com vistas a facilitar o processo de ensino aprendizagem. No local, os acadêmicos puderam vivenciar as atividades, a dinâmica e as técnicas básicas praticadas no centro cirúrgico.

4 | DISCUSSÃO

No centro cirúrgico, a enfermagem tem atuação intensiva, em que desenvolve uma série de estratégias para superar as dificuldades interacionais, frente à demanda de coordenação do fluxo de pacientes, dos insumos e da equipe de saúde no CC, durante a realização do cuidado, influenciando e sendo influenciado por ele (SANTOS; SILVA; GOMES, 2014).

A monitoria é um método de conhecimento e aprendizagem que contempla os três pilares fundamentais da vida acadêmica: ensino, pesquisa e extensão. Essa prática é oferecida pela Instituição de ensino e proporciona ao aluno monitor não só o enriquecimento curricular, mas, além disso, o aperfeiçoamento técnico e científico que não se restringe apenas a área abordada pela disciplina, abrangendo também a formação e capacitação do profissional como um todo (MATOSO, 2013).

Assim, a monitoria favorece uma melhor correlação teórico-prática ao viabilizar, em

meio ao processo de ensino-aprendizagem, a autonomia para o aluno questionar, praticar e revisar conteúdos aplicados em sala, diminuindo incertezas e ampliando confiança quanto aos conteúdos vistos (CARVALHO, et al., 2012).

Ademais, o discente-monitor tem a oportunidade de desenvolver uma abordagem dinâmica e criativa, utilizando ferramentas de aprendizagem direcionadas para preencher as lacunas do conteúdo. Isso possibilita um maior aproveitamento da disciplina em termos de aprendizagem, além de estabelecer uma relação mais próxima com os discentes a fim de identificar as limitações e dificuldades (FERNANDES et al., 2015).

Todas essas práticas permitem ao discente-monitor desenvolver habilidades da prática doente, pois além de compartilhar seus conhecimentos adquiridos na disciplina vivencia uma rotina semelhante a de um docente do ensino superior, absorvendo fundamentos teóricos e práticos que moldam sua forma de pensar e a postura em determinadas situações (BRANCO JUNIOR et al., 2018).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o papel do monitor é apoiar, auxiliar e proporcionar meios de aprendizagem na realização de habilidades, fortalecendo vínculos acadêmicos e contribuindo para a formação de profissionais qualificados para exercer a profissão.

A experiência proporcionou crescimento acadêmico e pessoal, oportunizando o compartilhamento de saberes monitores-alunos. Além disso, possibilitou o desenvolvimento de habilidades docentes e de formação profissional.

REFERÊNCIAS

BRANCO JUNIOR, A. G., et al. **Monitores no processo de ensino aprendizagem: avaliação da tríade envolvida**, Revista Multidisciplinar em Educação, 5 (10), 149-164, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dez, 1996.

BRASIL. Senado Federal, **Lei Federal no 5540, de 28 de novembro de 1968**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 29 de novembro de 1968.

CARVALHO PA, GÖTTEMPS LBD, PIRES MRGM, OLIVEIRA LMC. **Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015.

CARVALHO, I.S. et al. **Monitoria em Semiologia e Semiotécnica para a Enfermagem: um relato de experiência**. Revista de Enfermagem da UFSM, 2012; 2(2): 264-271

DE FREITAS, F. A. M, ALVES, M. I. A. **Construindo uma identidade acadêmica: reflexão acerca da monitoria no IEAA/UFAM.** RECH- Revista Ensino de Ciências e Humanidades – Cidadania, Diversidade e Bem Estar, 4 (1), 281-299;2020.

FERNANDES, N. C., et al. **Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com Estomia: relato de experiência,** Revista Mineira de Enfermagem REME, 19 (2), 238-241, 2015.

FPO. **Plano de Desenvolvimento Institucional PDI 2021-2025/** Faculdade Princesa do Oeste – FPO; organização: Delano Carneiro de Almeida..[et.al]. – Crateús: FPO, 2021

FONTES, F. L. L. et al. **Contribuições da monitoria acadêmica em Centro Cirúrgico para o processo de ensino-aprendizagem: benefícios ao monitor e ao ensino.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, São Paulo, 27 (e901), 1-6; 2019.

HAAG, G.S. et al., **Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2008; 61(2): 215-220

MATOSO, L. M. L. **A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor: um relato de experiência.** Revista Científica da Escola da Saúde. Escola da Saúde – Universidade Potiguar-UNP, Campus Mossoró, 2013.

SANTOS FK, SILVA MVG, GOMES AMT. **Understanding the forms of care of nurses in the operating room – a construction based on the grounded theory method.** Texto Contexto Enferm. 2014

CAPÍTULO 6

PLANTANDO AUTOESTIMA: UM PROJETO EM SALA DE ESPERA NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DE COCAL DO SUL –SC

Data de submissão: 21/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Polyanna Soares Rocha

Fundação Educacional Barriga Verde –
FEBAVE
Orleans – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/5342080905930686>

Rodrigo Moraes Kruel

Fundação Educacional Barriga Verde –
FEBAVE Orleans – Santa Catarina
<https://lattes.cnpq.br/7753390820017680>

RESUMO: O presente relatório abordará de forma breve o histórico da saúde pública e coletiva no Brasil, até chegar à estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) nos dias atuais, elaborado, consolidado e presente em todos os Estados Brasileiros. Pensando nisso e no contexto histórico pós-pandêmico, que obrigou a população a ficar em quarentena e distanciamento social, com a propagação do coronavírus (COVID-19), foi realizado o projeto “Sala de Espera”, uma atividade que teve por principal objetivo promover reflexões acerca da autoestima em usuários dos serviços de saúde, enquanto aguardavam na sala de espera da Unidade, foi utilizado como metodologia poesias que se remetiam ao tema e a dinâmica da semente.

PALAVRAS-CHAVE: Sala de Espera. Sistema Único de Saúde (SUS). Autoestima. Psicologia da Saúde.

PLANTING SELF-STEEM: A PROJECT IN THE WAITING ROOM IN THE HEALTH REFERENCE UNIT IN COCAL DO SUL - SC

ABSTRACT: The current report will briefly cover the history of public and collective health in Brazil, until it reaches the current structure of the Unified Health System (SUS), which has been developed, consolidated and is present in all Brazilian states. With this in mind and the post-pandemic historical context, which forced the population to be in quarantine and socially distanced, with the spread of the coronavirus (COVID-19), the “Waiting Room” project was carried out, an activity which the main objective was to promote reflections about self-esteem in users of health services, while they were waiting in the Unit's waiting room, poetry that referred to the theme and the dynamics of the seed were used as a methodology.

KEYWORDS: Waiting Room. Unified Health System (SUS). Self esteem. Health Psychology.

INTRODUÇÃO

Antes de chegar à estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) como se vê hoje, elaborado, consolidado e presente em todos os Estados Brasileiros, o que pode até fazer as pessoas pensarem que ele sempre esteve aqui, porém, muito pelo contrário, antes disso a saúde não era pública e nem para todos, o que levou o início dos movimentos sociais em todo o país, movimentos que foram contexto para o surgimento da Reforma Sanitária no Brasil, com a sua luta pela democratização da saúde no país (SOUZA, 2014).

Assim como Brasil Paralelo (2022), afirma, as propostas feitas pelo movimento de Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado “Saúde e Democracia” e a partir desse documento foi promovida a 8º Conferência Nacional de Saúde, que levou a implantação de um novo sistema de saúde, conhecido hoje como o Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe universalidade, integralidade e equidade no acesso a saúde, estando presente em todos os estados brasileiros.

Em 1994 a partir da criação do Programa de Saúde a família, foram estabelecidas as unidades básicas em saúde, que são a porta de entrada das pessoas que procuram os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos primeiros contatos que ela tem com toda essa rede (MOURA; LUZIO, 2014 ET AL SOUZA, 2020). Pensando nesse espaço e no papel que o psicólogo pode exercer Souza (2014), diz que dentro desse ambiente o papel do psicólogo é fundamental, promovendo saúde mental, psicoeducação e tornando esse ambiente mais humanizado e acolhedor para as pessoas.

Diante deste cenário e do momento histórico pós-pandêmico Marques (2021), cita que para muitas pessoas o momento que estamos passando favorece percepções irrealistas e menos saudáveis, desse modo surge a necessidade de pensar em estratégias para combater os efeitos psicoemocionais gerados pela pandemia, neste sentido, a compreensão da autoestima se torna muito importante, além de possibilitar a promoção de reflexões é possível sugerir dicas sobre a temática e estimular o desenvolvimento de potencialidades.

Dessa forma o estágio teve como principal objetivo promover reflexões acerca da autoestima, em usuários dos serviços de saúde, na sala de espera da Unidade de Referência em Saúde, além disso buscou-se observar as demandas que chegam na sala de espera dentro da Unidade de Referência em Saúde, observar o comportamento das pessoas frente ao assunto que é explanado dentro da sala de espera e registrar possíveis situações relatadas e demandas levantadas pela população, relacionadas a autoestima.

Realizar um projeto falando de autoestima dentro de uma sala de espera se torna uma grande oportunidade, pois segundo Teixeira (2018), a sala de espera das unidades de saúde são lugares com um grande potencial de intervenção, alcançando pessoas de todos os lugares da comunidade.

Segundo Fleury (2009), a Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura no

modelo de Estado e de cidadania anteriores, introduzindo o conceito de Seguridade Social e criando o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, antes de chegar a essa constituição, sabe-se que até a década de setenta, temas como seguridade social, cidadania e institucionalidade democrática não faziam parte do discurso das esquerdas no Brasil.

O forte engajamento dos movimentos sociais que lutavam pela democratização do país foi muito importante para essa mudança. Nesse cenário destaca-se a Assembleia Nacional Constituinte, que em 1977-1978 era arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade. A partir desse contexto o fortalecimento das políticas públicas e a construção das bases de um Estado do Bem-Estar Social passaram a ser vistas como prioridades, incluindo a construção do projeto de reforma sanitária que foi criado como parte das lutas de resistência ao modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social (FLEURY, 2009).

Antes disso a saúde brasileira se encontrava com grandes déficits e a partir dos anos 1970 a Reforma Sanitária vem tentando superar tais problemas, Souza (2014), afirma que a pobreza e a desigualdade social são dois importantes obstáculos para uma boa situação de saúde e esses são alguns dos principais objetivos da Reforma.

O movimento sanitário se organiza em diferentes lugares, na universidade, nos sindicatos de profissionais de saúde, nos movimentos populares e no Congresso Nacional, em todos os lugares com uma proposta em comum (FLEURY, 2009).

Corroborando com Fleury APSP - Associação Paulista de Saúde Pública (*et al.*, 2014), afirma que:

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que integra as várias entidades que atuam historicamente em defesa da saúde coletiva no Brasil manifesta-se, conclamando a sociedade para adesão a propostas de reformas que avancem para um Brasil mais igualitário e mais justo e um sistema público de saúde com garantia de direitos a todos os Brasileiros

A partir de toda essa mudança da perspectiva acerca da saúde do Brasil sobretudo dentro da Reforma, a Constituição Federal de 1988 enfim introduz uma política de saúde pública e coletiva baseada em alguns princípios que orientaram o processo e essa longa caminhada até chegar na construção do que conhecemos hoje como Sistema Único de Saúde (SUS) alguns deles são citados por (FLEURY, 2009):

Ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; científico, que comprehende a determinação social do processo saúde doença; político, que assume saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; sanitário, que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

Após toda essa movimentação as propostas da Reforma Sanitária foram reunidas num documento chamado “Saúde e Democracia” e enviado para a aprovação do poder Legislativo do país. A partir desse documento promoveu-se a 8º Conferência Nacional de

Saúde, no ano de 1986, seu tema era “saúde como direito de todos e dever do estado” (BRASIL PARALELO; 2022).

O resultado da Conferência foi uma série de documentos que esboçaram o surgimento do Sistema Único de Saúde SUS), ampliando os conceitos de saúde pública no Brasil, propondo: direito universal à saúde com melhores condições de vida, a ideia de saúde preventiva, descentralização dos serviços e a participação popular nas decisões (BRASIL PARALELO; 2022).

As principais resoluções do relatório da Conferência, foram incorporados na Constituição de 1988. Esse foi o primeiro documento que colocou a saúde como ordenamento jurídico brasileiro, tornando-a um direito do cidadão e dever do estado, devendo ser gratuita e acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil (BRASIL PARALELO; 2022).

Em menos de uma década o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado em 247 unidades da federação e quase 5.600 municípios, o que garantiu a participação das comunidades através de conferências e conselhos (PAIM; 2018).

Inspirado na igualdade, democracia e emancipação, hoje o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda continua inserido na Constituição e conta com uma rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades institutos e escolas de saúde pública que interagem com as secretarias estaduais e municipais e com o Ministério da Saúde, agências e fundações. É através dessa rede que a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) tenta, pois permite que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores que são vinculados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além da apropriação de poder técnico, a formação de sanitaristas e de outros trabalhadores nas escolas e universidades, garantem a promoção e disseminação de informações e conhecimentos (PAIM; 2018).

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças começam a surgir, e conquistas são alcançadas, dentre elas destacam-se: o controle e a eliminação de doenças através da vacinação, socorro para 110 milhões de pessoas na rede pública, assistência farmacêutica, financiamento de transplantes e a atuação da vigilância sanitária (FIOCRUZ; 2013).

Em 1994 foi efetivado o Programa de Saúde da Família (PSF), responsável pela execução da atenção primária de saúde, a partir desse programa foram estabelecidas as Unidades Básicas de Saúde, que são a porta de entrada da população para o Sistema Único de Saúde (SUS). As UBS podem ser compostas pelos profissionais: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (MOURA; LUZIO, 2014 *apud* SOUZA, 2020 p. 72).

Segundo Nepomuceno; Brandão (2011) *apud* Souza (2020, p. 72), o trabalho do psicólogo dentro das unidades vai além de uma extensão do atendimento clínico, ele pode

ser realizado de diversas maneiras para promover saúde mental pela população juntamente com outros profissionais, são algumas ações que cabem ao psicólogo:

Conhecer o contexto onde as pessoas vivem, bem como as situações socioeconômicas para planejar um plano de ação; elaboração de projetos que possam acolher essas pessoas de forma humanizada nas ESF; visitas a domicílio como objetivo de identificar as demandas psicológicas e fazer a escuta terapêutica, como também assistência à saúde mental que irá englobar todos os tipos de terapia: com grupos psicoterápicos, acompanhamento psicológico, atendimento individual, casal, família, grupos de prevenção e promoção da saúde.

É necessária presença do profissional psicólogo nessa área, pois um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Integralidade, e segundo Machado (2006): “A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades”, sendo assim, a saúde mental faz parte da vida de cada indivíduo e o psicólogo tem um papel importante na compreensão desse sujeito em toda a sua subjetividade, além disso, sem o psicólogo dentro das *Unidades Básicas de Saúde (UBS)* os profissionais se sobrecarregam com as demandas psicológicas que chegam nas unidades e na maior parte dos casos, esses profissionais não estão preparados para lidar e identificar tais demandas (SOUZA; 2020).

A sala de espera das unidades de saúde são lugares com um grande potencial de intervenção, ela pode se transformar num espaço mais lúdico, dinâmico, de aprendizagem, educação, relaxamento e reflexão. A espera para uma consulta pode se tornar prazerosa e possibilita novas formas de atenção (TEIXEIRA; LIMA; 2018).

A sala de espera das unidades tem grande fluxo de pessoas de toda a comunidade, todas as demandas relacionadas à saúde chegam lá direta ou indiretamente através das consultas ou das visitas das agentes de saúde, por este motivo, uma intervenção realizada nesse campo permite aos sujeitos de grande parte da comunidade o acesso à informação e educação em saúde, e ainda harmonizando as relações interpessoais e as relações entre funcionários da rede pública e os sujeitos que chegam até ela (TEIXEIRA; LIMA; 2018).

Dentro desse contexto, nas salas de espera, a psicologia pode atuar de diversas formas, uma delas é a promoção de reflexões, através de uma roda de conversa entre as pessoas que chegam ali, existem inúmeros temas, dinâmicas e formas diversificadas de produzir tal atividade. Pensando nesse contexto e no momento pós pandêmico, segundo Marques (2021), para muitas pessoas o momento que estamos passando favorecer percepções irrealistas e menos saudáveis, desse modo surge a necessidade de pensar em estratégias para combater os efeitos psicoemocionais gerados pela pandemia.

Neste sentido, a compreensão da autoestima se torna muito importante, além de possibilitar a promoção de reflexões é possível sugerir dicas sobre a temática e estimular o desenvolvimento de potencialidades (MARQUES; 2021).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como um relato de experiência, o local deste estágio foi realizado na Unidade de Referência em Saúde em uma cidade da região sul de Santa Catarina, desenvolvido pela estagiária do curso de Psicologia do UNIBAVE, referente ao estágio básico em vida adulta e velhice. O município é considerado de pequeno porte II com 16.956 habitantes. A população do referente estudo foram os usuários da rede de saúde especializada de Cocal do Sul, do sexo feminino e masculino dentre estes, crianças, adultos e idosos.

Por se tratar de um relato de experiência, comprehende-se que o percurso metodológico da intervenção se configura por meio das ações que foram realizadas no campo, embasadas nas contribuições do campo da Psicologia da Saúde, durante um período de 5 meses de estágio. Assim, as principais atividades desenvolvidas foram: observação ativa; escuta qualificada; acolhimento e intervenções psicossociais de forma presencial. A perspectiva teórico-metodológica que orientou esta experiência está fundamentada nos princípios da Psicologia da saúde e na Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, o seguinte trabalho não foi submetido à avaliação de um comitê de ética em pesquisa, mas obedece aos inúmeros procedimentos éticos, como o sigilo dos envolvidos, compartilhamento das atividades, a atenção a não produzir riscos ou prejuízos com o relato das reflexões e o reconhecimento que relatar a experiência de um estágio, pode gerar contribuições para a prática do ensino em Psicologia de maneira ampliada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto foi realizado nos seguintes dias: Segundas-feiras com as pessoas que esperavam para a consulta com o ginecologista e pediatra, nas quartas-feiras com os pacientes e seus acompanhantes que aguardavam pelo neurologista e nas quintas-feiras com as gestantes que esperavam para a consulta com ginecologista e com os pacientes que aguardavam a consulta com o ortopedista.

O projeto se baseou em criar um espaço de conversa com os pacientes que estavam ali presentes, como forma de promover saúde e criar um espaço aberto para a reflexão, segundo Teixeira (2018):

A sala de espera pode funcionar como um ambiente em que as práticas de educação e promoção da saúde, sejam maximizadas e colocadas em destaque. Ela potencializa discussões acerca dos processos do cotidiano das pessoas, criando espaços para reflexões e posicionamentos críticos frente às ações destes na promoção de uma qualidade de vida, bem como na manutenção da saúde, concretizando de fato a participação ativa de todos.

Todos os dias antes de iniciar uma conversa com os pacientes que chegavam na sala de espera, aguardava-se para que tivesse pelo menos 5 pessoas para poder começar,

o dia em que a sala de espera era mais cheia era na quarta-feira, pois além de pacientes, também havia os seus acompanhantes. Quando todos já estavam confortáveis esperando por suas consultas, dava-se início a apresentação do tema, todos na sala se mostravam muito curiosos quando começado, embora um tema conhecido por todos, porém com uma apresentação diferente.

Durante todas as vezes em que foi estado na sala, as pessoas se mostravam muito abertas a ouvir o que estava sendo dito, se sensibilizavam com as poesias e as “sementes” que eram entregues a elas, a sala de espera era preenchida por ouvidos atentos, olhares curiosos, risos e muitas histórias que eram compartilhadas.

Teixeira (2018), diz que a sala de espera não é um espaço no qual as pessoas esperam encontrar um profissional sendo o protagonista, de forma abre-se um espaço para que as pessoas possam se expressar e se comunicar de diversas maneiras.

Algumas pessoas se expressavam através da fala, outras por expressões faciais, outras agradeciam a conversa, contribuíam com seus próprios conhecimentos baseados nas próprias vivências e dessa forma as pessoas conheciam a autoestima que estava sendo apresentada por todos ali presentes.

Perceptível a mudança dentro do ambiente de sala de espera, uma conversa inesperada transformou aqueles poucos minutos que para muitos parece ser angustiante, em um momento agradável de aprendizagem e partilha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, falar, pensar e refletir sobre a autoestima é necessário, e pode ser uma temática muito interessante para levar para as pessoas nas salas de espera das unidades de saúde, saber o que pensam sobre o tema, ouvir o que elas têm a dizer sobre isso e tentar compreender de que forma a autoestima afeta na vida de cada sujeito, essa estratégia adotada para o projeto unidade de referência em saúde, no centro de Cocal do Sul, Santa Catarina, pode ser levada para outras unidades e outros espaços por todo o Brasil, além de poder ser adaptada para outros temas também.

Apesar deste projeto ter sido realizado em uma sala de espera com pessoas que geralmente não se conheciam e a cada dia os grupos eram formados por pessoas diferentes, em sua grande maioria se mostravam muito abertos e interessados a participar da conversa, alguns mais extrovertidos e participativos e outros menos, mas sempre perceptível a atenção de todos na sala naquilo que estava sendo falado.

As poesias deixavam as pessoas mais sensíveis ao tema e até as levava a um momento de reflexão durante a conversa, mas o que mais as tocava eram as sementes entregues no final, onde continham palavras positivas que elas poderiam relacionar a própria vivência, muitas vezes as pessoas tiravam uma palavra e se lembravam de uma história, um acontecimento, algum conhecimento que tinham sobre, e se sentiam à vontade

para compartilhar para todos, o que deixou cada momento mais agradável.

Dessa forma, pensar em outras metodologias e temas para apresentar para as pessoas em sala de espera se torna uma opção relevante e de impacto. Para profissionais da psicologia, criar um espaço onde além de consultas, as pessoas também possam aprender e se expressar, além de passar o tempo de forma mais leve na espera pela consulta também aumenta o vínculo da pessoa com o profissional e a organização.

REFERÊNCIAS

APSP. **Propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para debate nacional: Por um SUS para todos os brasileiros!**. 2014. Disponível em: http://idisa.org.br/img/File/PROPOSTA%20DOCUMENTO%20REDUZIDO%20DAS%20PROPOSTAS%20DO%20MRSB_V3_02_04.pdf. Acesso em: 11 Jun.2022

BRASIL PARALELO. **A saúde pública no Brasil sempre foi atendida pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)? Veja a história dos serviços de saúde brasileiros.** São Paulo – SP. 2022. Disponível em: <https://www.brasilparalelo.com.br/artigos/saude-publica-no-brasil-sus>. Acesso em: 29 mai.2022.

FIOCRUZ. **Conquista e desafios.** 2013. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/conquistas-e-desafios>. Acesso em: 11Jun.2022.

FLEURY, Sonia. *et al.* Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, nov./fev. 2009.

MACHADO, Maria de Fatima Antero Sousa Machado. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, out./ago. 2006.

MARQUES, Eunaihara Ligia Lira. *et al.* Compreensão e importância da: autoestima, coragem, equilíbrio emocional, felicidade, otimismo e respeito. **Revista Projetos Extencionistas**, Minas Gerais, v.1, n. 1, p. 297-307, jan./jun. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, v.23, p. 1723-1728, jan./abr. 2018.

SOUZA, Gleciâne Maria de; Santos, Marcieli Sales dos; Romão, Michele Nascimento. *et al.* Possibilidade de Atuação do Profissional de Psicologia nas Unidades Básicas de Saúde. **ALFEPSI**, Rondônia, v.8, n. 22. 71-84, 2020.

_____, Luis Eugênio Portela Fernandes de. *et al.* A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Bahia, v. 24, n. 3, p. 1017-1021, 2014.

TEIXEIRA, Juliana Aquino; LIMA, Marluce Pereira Damasceno. **Sensibilização de pacientes em sala de espera:** um projeto de intervenção. 2018. 10 f. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Piauí, Aroazes – PI. 2018.

CAPÍTULO 7

UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E A CONEXÃO COM A EDUCAÇÃO O ENSINO E A SAÚDE

Data de aceite: 01/09/2023

Marlene Menezes de Souza Teixeira

**Anna Philomena de Alencar Brito
Terceiro**

Débora Patricia Souza Duarte

José Lúcio de Souza Macedo

integralidade, atendendo todos os níveis de complexidade. A partir desse estudo é apresentada uma proposta de inserção do profissional de psicologia na UAPS.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Atenção Primária à Saúde e Assistência Integral à Saúde.

RESUMO: Baseando-se no atual modelo de assistência do sistema de saúde pública do Brasil, esse trabalho objetiva identificar como as propostas da Unidade de Atenção Primária em Saúde-UAPS contribuem na promoção da qualidade de vida da população atendida. Trata-se de uma pesquisa revisão de literatura do tipo exploratória. Foram utilizadas 28 referências encontradas nas bases de dados disponíveis na internet, como Scielo, Biblioteca Digital da USP, CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, NESCON entre outros. Busca-se a criação de estratégias que venham contribuir com o alcance da melhoria no atendimento, promovendo a qualidade de vida aos usuários e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo acesso universal, equidade e

ABSTRACT: Based on the current model of care of the public health system in Brazil, this paper aims to identify how the proposals of the Primary Care Unit in Health-UAP, contribute in improving the quality of life of the population served. This is a research literature review of the exploratory type. We used 28 references found in the databases available on the Internet, as Scielo, Digital Library of USP, CAPES, Virtual Health Library, Lilacs, NESCON among others. Search the creation of strategies that contribute to the achievement of improved services, promoting quality of life for users and individual well-being and collective through actions and promotion, protection and recovery of health, ensuring universal access, fairness and integrity, serving all levels of complexity. From this study we present a professional proposal to list psychology in the UAPS.

KEYWORDS: Quality of life; Primary Health

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Atenção Primária em Saúde - UAPS tem sido a responsável por grandes reformas no sistema de saúde brasileiro, com enfoque diferencial não só no indivíduo, mas na população. Partindo deste pressuposto, a qualidade da assistência prestada deve ser resolutiva (individual e coletiva) e, ao mesmo tempo, contínua na busca de soluções para os problemas encontrados nas famílias e na comunidade.

O SUS busca alternativas para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas, com isso os valores que regem a assistência à saúde têm sido modificados. Visando atender distintas necessidades de saúde das pessoas, estabelecendo vínculos, conhecendo cada realidade, preocupando com a infraestrutura existente nas comunidades, e o atendimento das famílias (GIACOMOZZI e LACERDA, 2008).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de se desenvolver metodologias para avaliação da UAPS sendo essa uma prática já instaurada em território nacional pelo Ministério da Saúde (MS), mediante a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), como consta no Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROUAPS). A avaliação assume papel de destaque, na medida em que permite problematizar desde questões elementares até as mais complexas, subsidiando o processo de gestão e gerência do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Fica claro, segundo Silveira (2009) que o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reordenamento do modelo de atenção em saúde, buscando ampliar a cobertura dos serviços, através da reorganização da atenção básica, com foco no território e na promoção da saúde. A prioridade conferida a problemas de saúde mais comuns nas comunidades, e a oferta, pelo Programa, de serviços de prevenção, cura e reabilitação tem se mostrado uma boa alternativa para minimizar as desigualdades existentes no país. O modelo tem permitido o alcance de maior resolubilidade, além de coordenar a atenção para os níveis mais complexos do sistema.

A Unidade de Atenção Primária em Saúde - UAPS é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações definidas, e se caracteriza por um conjunto de ações de promoção, proteção, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).

Sendo assim é destinada a realizar atendimento com qualidade e resolubilidade, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, fundamentando-se no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população, considerando assim aspectos mais abrangentes

na vida das pessoas, construindo e transformando as suas realidades e favorecendo a aproximação com a saúde (BRASIL, 2011).

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Como podemos observar a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado (BRASIL, 2011).

Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Esse programa coloca o cuidado mais perto da comunidade, com foco das ações no eixo territorial, compondo um campo de produção de novos modos de cuidado. Cuidado que o profissional de saúde deve desenvolver de forma culturalmente sensível e com parceria com a família e a comunidade, sustentando a nova proposta de saúde e melhorando a qualidade de vida da população (ROMAGNOLI, 2008).

Como indícios da relevância da inserção de outros profissionais na UAPS podem citar o desenvolvimento de diversos programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil (Brasil, 2006) e a aprovação recente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como política de expansão da atenção integral à saúde na APS do SUS (BRASIL, 2008).

Deste modo outros profissionais, como assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, podem ser incluídos na equipe multidisciplinar mínima, ou nas equipes de apoio (NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de acordo com os interesses e necessidades dos municípios, mas esta inclusão ainda é praticamente inexistente na grande maioria dos municípios brasileiros.

A UAPS, quando formada por profissionais de áreas diferentes, além de cumprir uma exigência do MS, tem maior probabilidade de atender a diferentes demandas, possibilitando lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas, incorporando procedimentos tecnológicos específicos e diversos saberes e práticas imprescindíveis a uma abordagem integral e resolutiva.

Partindo desse parâmetro vê-se a necessidade da elaboração de uma pesquisa para entender como a UAPS contribui para a qualidade de vida da comunidade, visando identificar como as suas propostas colaboram na promoção da qualidade de vida da população atendida e se seus idealizadores vêm ocorrendo na prática dos serviços.

Diante de toda essa realidade, essa pesquisa é de fundamental importância para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a melhoria da qualidade da assistência

pela necessidade de se adquirir conhecimento para conhecer as estratégias e estruturar atividades que atendam efetivamente às necessidades vivenciadas no cotidiano profissional e que contribuam com a qualidade de vida dos usuários das UAPS's.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo exploratória, abordando Unidade de Atenção Primária em Saúde-UAPS e Qualidade de Vida: Um Olhar na Psicologia. A pesquisa foi realizada entre os meses de Outubro a Dezembro de 2014. Na qual foram utilizadas referências encontrados nas bases de dados disponíveis na internet, como Scielo, Biblioteca Digital da USP, CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, NESCON entre outros.

Para Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. É um tipo de pesquisa realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e difícil de formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa envolve, habitualmente, levantamento bibliográfico e documental.

Após a definição dos artigos, fez-se uma leitura inspecional do material selecionado, elaborou-se um quadro com os dados principais dos resumos – título, objeto de pesquisa, objetivos, ênfase do trabalho, tipo de estudo e principais achados –, com o objetivo de efetuar a pró-análise dos textos. Na análise foram identificadas por meio dos descritores SUS, Unidade de Atenção Primária em Saúde-UAPS, Qualidade da Assistência e Isenção do Psicólogo na UAPS, 28 artigos, sendo excluídos os trabalhos que fugiam da temática abordada.

O intuito do estudo é contribuir para o conhecimento voltado para a melhoria da saúde e das condições de vida da comunidade, tanto dos autores, como daqueles que possam se utilizar deste artigo para consulta. Contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos brasileiros. Brasil (2011) relata que o SUS está em constante processo de aperfeiçoamento, porém, isto só será possível por meio de investimentos e esforços do governo, e em essencial com a participação social.

3 | DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte

na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

De acordo com Pavoni e Medeiros (2009, p. 266), essa estratégia de saúde, busca converter o modelo tradicional, caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Conforme Starfield (2008), a APS organiza e racionaliza todos os recursos, tanto básicos quanto especializados, direcionados para a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde. O seu fortalecimento com ênfase nas ações de promoção da saúde permite a melhoria do status desta, a redução de iniquidades e a redução de custos (MILSTEIN, 2010). Assim, os serviços fragmentados necessitam de estratégias inovadoras que permitam a execução de ações preventivas na comunidade e o seu funcionamento de forma coordenada e abrangente (ONOCKO, 2010).

Pavoni e Medeiros (2009, p. 266), definem as seguintes atribuições como comuns a todos os profissionais atuantes na APS:

(...) participar do processo de territorialização; realizar o cuidado em saúde e responsabilizar-se pela população adscrita; garantir a integralidade da atenção; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente. Além das atribuições comuns, cada profissional tem suas atribuições específicas, descritas na Política Nacional da Atenção Básica.

A Constituição Federal de 1988 alterou o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde dando origem ao SUS. O SUS representa uma mudança da concepção clássica de atenção à saúde no Brasil, que era baseada em fundamentos assistencialistas e curativos, para uma visão com um conceito ampliado de saúde. Essa nova concepção estabelece uma relação direta entre saúde e condições de vida, e não mais com ausência de doença somente (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 não só reconheceu a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, mas também aprovou a criação do SUS, o qual se fundamentou nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Organizado em: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação social (COSTA; CARBONE, 2009). A universalização garante atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. A equidade assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade do caso, procurando tratar de maneira específica cada território, com o objetivo de diminuir as desigualdades, levando em conta as diferenças de necessidades e investindo mais

onde a carência é maior. A integralidade consiste em considerar a pessoa como um todo, reconhecendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e os contextos de vida, integrando ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A descentralização e a participação popular garantem a participação da comunidade nas tomadas de decisão com relação às ações em saúde, sendo formas de concretizar o SUS na prática (BRASIL, 1990). A partir de então o acesso ao atendimento à saúde tornou-se obrigatório e gratuito a toda população brasileira (BRASIL, 2001; MENDES, 1999a).

A UAPS oportuniza ao profissional de saúde, conhecer a estrutura de organização da comunidade à qual ele está vinculado, além de prestar uma assistência universalizada com descentralização das decisões. Com bases territoriais definidas para a atuação, concebe a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde (PEREIRA, MACHADO E NASCIMENTO, 2008). Assim, a UAPS pode ser instrumento importante no processo de transformação da assistência em saúde, pois possibilita maior aproximação entre o usuário, a família, os profissionais e toda a comunidade.

“A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.”

Portaria GM/MS 648 – de 28 de março de 2006.

De acordo com a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, disposta na Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b; CHAVES, 2010). O trabalho das equipes de Atenção Básica pode ser caracterizado, dentre outros aspectos, pela definição do território de atuação e de população; pela programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população pelo desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; pela realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade e; pelo desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/doença da população (BRASIL, 2012; ESCOREL et. al, 2007).

No processo de implantação da UAPS, as equipes são alocadas por Coordenadorias de Regionais de Saúde (CRES). O MS enfatiza que a UAPS’ deve realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta composição, também estão previstas equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar e técnico de saúde bucal (BRASIL, 2000). Essa equipe deve conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, cadastrando todos os grupos da sua área de abrangência, realizando o diagnóstico de saúde dessa

comunidade e estabelecendo ações e metas relacionadas aos principais indicadores de saúde. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

O trabalho das equipes das UAPS tem base territorial. Assim, para conhecimento da área de abrangência onde atuam, realizam o mapeamento dos recursos existentes e a avaliação de dados demográficos e epidemiológicos locais. Este conhecimento subsidia a construção de um diagnóstico local e um plano de intervenção que prevê prioridades, responsabilidades e prazos, capaz de detectar e atuar sobre fatores determinantes dos agravos à saúde mais prevalentes. Dentro das propostas de trabalho no território, destacam-se as ações Intersetoriais que potencializam as iniciativas da equipe.

Com o avanço das políticas públicas de saúde, os saberes e as práticas da Psicologia passam a ser cada vez mais exigidos, bem como os de outras categorias profissionais da saúde. O psicólogo é um profissional que atua no campo da subjetividade, isto é, do mundo vivido das pessoas e na sua relação com o mundo e consigo mesma. Sua função é cuidar da identidade que é gerada como produto deste conjunto de relações intersubjetivas. A identidade é um processo que envolve o fazer (atividade), o sentir (afetividade) e o pensar (consciência).

Então, cuidar da identidade é procurar a inteireza destas três dimensões indissociáveis da natureza humana. O papel do psicólogo não é a cura, mas a busca desta inteireza. O foco da atuação do psicólogo na UAPS é o sofrimento ético, político e cultural das pessoas, suas crises individuais e relacionais, apoiando as pessoas no enfrentamento de suas dificuldades, suscitando a sua autonomia e corresponsabilidade na construção de um modo de vida saudável. (Brandão, 1999).

Percebe-se que é necessário romper os enfoques tradicionais centrados no indivíduo e potencializar o cuidado na família e não no doente. É fundamental que a visão do sujeito seja integral, abrangendo suas redes de interação, suas necessidades e potenciais de saúde, com olhar ampliado para as relações sociais que se constroem nos modos de vida e de comunidade.

Nesse sentido, o psicólogo ocupa uma função importante para articular a equipe de UAPS para proporcionar uma visão integral do ser humano. Para que haja êxito nessa proposta de assistência a equipe da UAPS deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias, suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, além de promover assistência integral e realizar um sistema educativo a fim de aumentar a qualidade e a abrangência do trabalho, além de melhorar o vínculo dos profissionais com os usuários e a satisfação do trabalho por ambas as partes (COTTA et al, 2005).

A UAPS é percebida como uma política relevante para a concretização das mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil, vista como um caminho possível para a efetivação do SUS. Alguns elementos constituintes e operacionais foram destacados como diferenciais importantes das ações da UAPS; são eles: a adstritação de clientela, que demarca a população a ser atendida, a territorialização, que estrutura as ações a partir

da base territorial-comunitária e o trabalho em equipe multiprofissional, que possibilita o compartilhamento de saberes e práticas e a busca ativa dos serviços na resolução de problemas recorrentes.

Tais elementos foram considerados dispositivos organizativos com os quais os trabalhadores podem fortalecer a interação com a população usuária e construir vínculos e relações de corresponsabilidade ao lidar com os problemas e potenciais de saúde comunitária

As equipes de saúde atuam nas unidades e nas residências prestando assistência de forma efetiva, integral e permanente, buscando sempre a qualidade no atendimento. A qualidade da assistência está relacionada ao quanto à demanda em saúde está sendo atendida de forma otimizada pelo serviço de saúde. O termo “qualidade”, quando definido em sentido mais amplo, também se relaciona à satisfação dos usuários com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação da assistência (STARFIELD, 2008).

Para a melhor qualidade do serviço prestado na atenção básica se configuraram como importantes aspectos a capacitação dos profissionais de saúde como ação estratégica para a consolidação do SUS e a promoção da atenção integral à saúde, a adequação da estrutura física das unidades de atenção primária à saúde (UAPS) e a articulação intersetorial, uma vez que a saúde é inseparável do desenvolvimento econômico-social (HEIMANN, 2011).

De acordo com Brasil (2011) os principais resultados esperados para a UAPS são: Atuar como porta de entrada de um sistema hierarquizado (atenção primária, secundária e terciária) e regionalizado (abrangendo um conjunto de municípios) de saúde; Atuar em território definido e em população delimitada sob a sua responsabilidade; Intervir sobre os fatores que interferem na saúde da comunidade (fatores de risco aos quais a comunidade está exposta); Prestar assistência para as principais doenças que atingem a população (assistência integral) continuamente e com qualidade; Realizar atividades de educação e ações para manutenção e melhoria da saúde (promoção da saúde).

Como também estabelecer vínculos de compromisso na assistência e de corresponsabilidade na manutenção da saúde da população; Estimular a organização das comunidades para exercerem o controle social sobre as ações e os serviços de saúde; Utilizar sistemas de informação como, por exemplo, o (Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB) para o monitoramento da população assistida e a tomada de decisões; Atuar de forma a estabelecer parcerias com outras instituições que não as da área da saúde (atuação intersetorial) como, por exemplo, as escolas, os serviços de assistência social para intervir em situações que apesar de interferirem na saúde das pessoas não se vinculam diretamente as instituições de saúde, como a coleta de lixo, a obtenção de aposentadoria, do passe livre no transporte coletivo para idosos, a educação escolar para

hábitos e boas práticas em saúde (BRASIL, 2011).

Segundo Mishima (2010), a necessidade de se incluir o usuário em estudos sobre a avaliação e a qualidade da atenção primária à saúde tem sido apontada por alguns autores. Estudos desse tipo oferecem indícios sobre os benefícios ou dificuldades dos serviços de saúde em atingir as expectativas e necessidades dos usuários, constituindo-se como um importante instrumento para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários.

De acordo com pesquisas a multiprofissionalidade na UAPS é fator significante para a ampliação da capacidade da assistência à população, visto que é conjunta de várias categorias profissionais, ou seja, diferentes áreas atuando conjuntamente, no foco de interesse da investigação (CHAVES, 2010).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste na modalidade de trabalho coletivo, visando à relação mútua entre os próprios profissionais e estes com os pacientes, onde as múltiplas intervenções técnicas e a interação devem ser veiculadas como estratégica para enfrentar o intenso processo da área da saúde e os problemas e/ou fragilidades da comunidade. Tal trabalho grupal, “requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade da atenção primária, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde” (MACIEL *et al.*, 2007).

Com essa estruturação, os psicólogos ocupam um lugar de apoio, junto às equipes de referência, na perspectiva de ampliação da clínica e realização de Projetos Terapêuticos, com objetivo de facilitar a vinculação entre profissionais e usuários, desconstruindo a lógica dos encaminhamentos desnecessários e impedindo a psiquiatrização e psicologização do sofrimento. A inserção dos psicólogos no campo da saúde pública se deu em meio aos movimentos sociais da década de 1980, associada à crise do exercício liberal da profissão (DIMENSTEIN, 1998; 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2004; 2005). Assim, após a legalização da profissão no País, “a ênfase das atividades desse profissional se centrou, nas décadas seguintes, no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada no acesso” (CAMARGO-BORGES & CARDOSO, 2005, p. 28).

A Psicologia espera contribuir com a UAPS como profissão articulada com outros saberes, para que esse tipo de atenção avance em sua qualidade e em sua capacidade de resolver questões, podendo oferecer à população usuária do SUS mudança importante que está acontecendo na lógica da saúde pública brasileira.

Portanto, na UAPS a Psicologia tem realizado intervenções com grupos, principalmente para o cuidado de questões prevalentes na saúde, como os grupos de hipertensão, diabetes e gestantes. Além disso, destacam-se, também, o trabalho das equipes de saúde mental, constituídas por psicólogos e psiquiatras, que assessoraram a equipe da UAPS através de estudo de casos, interconsultas, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento dos casos, como enfatizam CAMARGO-

BORGES E CARDOSO (2005).

Geralmente, quando o trabalho do psicólogo é solicitado, ele se embasa num projeto que vislumbra possibilidades de resoluções de possíveis problemas que dificultam o bom andamento do processo. Somos chamados para “consertar” algo que não está bem, ou mesmo para prevenir possíveis problemas. A presença do psicólogo na equipe de PSF pode vir a proporcionar esse olhar, que soa leve, e pode auxiliar os profissionais a ressignificar suas construções pessoais e relações no trabalho, deixando sempre explícito que cada escolha, cada possibilidade que surge traz consigo uma teia imersa de significados subjetivos, passíveis de constantes transformações e reconstruções.

Em particular, na realidade brasileira, um modelo de formação limitado ainda se apresenta como desafio para o avanço das práticas *psi*. Tal modelo de formação se caracteriza pela centralização excessiva na atividade clínica tradicional e na prática psicoterapêutica de longa duração, ainda apresentando restrições no que tange às inovações requeridas para o campo da saúde pública (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001; BERNARDES, 2007; DIMENSTEIN & MACEDO, 2007).

Diante dessa realidade, entidades de classe como a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) vêm buscando estabelecer diretrizes nacionais para qualificar a presença dos psicólogos no SUS (2006), tomando como objeto de reflexões os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação em Psicologia. Por sua vez, mais especificamente interessado na ampliação de espaços para a inserção dos profissionais psicólogos na UAPS do SUS, o Conselho Federal de Psicologia realizou, em 2008, o seminário nacional intitulado O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Prática da Psicologia, problematizando os modos como a profissão pode aprofundar sua atuação e fortalecer a saúde pública brasileira a partir da APS (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Compreende-se que a articulação da Psicologia Social da Saúde com a UAPS apresenta-se como proposta que tem muito a contribuir para ações junto às comunidades, com o objetivo de compor e não substituir; compor um trabalho em que a equipe interaja e funcione como potência de sistemas conversacionais na equipe e que se multiplique em diálogo para toda a comunidade, como estratégia permanente de ação. Faz-se necessário assim, compreender que cada organização tem sua realidade local, sua cultura de relações e as histórias específicas das pessoas que recorrem a esses serviços.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aponta-se como limitação deste estudo o fato de não ter acompanhado os usuários pessoalmente no cotidiano, impossibilitando obter informações diretamente do entrevistador caracterizador por o contato face a face entre pesquisador e informante. Dessa forma, estudos futuros poderão contemplar essas questões, acompanhando os sujeitos em suas trajetórias, a fim de realizar uma análise mais aprofundada do que vivenciam.

Investigando as experiências vividas pelos profissionais de saúde das UAPS fica evidente o quanto as pessoas se organizam e buscam objetivos individuais, ficando para um segundo plano os objetivos e metas do trabalho coletivo. A comunicação, as trocas verbais são falhas, o que empobrece o acesso às demais áreas e setores profissionais. Há necessidade de um agente mobilizador, que possa acolher a equipe nas suas angústias pessoais, e auxiliá-la no sentido de canalizar e viabilizar as bases e metas do trabalho, resgatando o aspecto da qualidade de vida, orientada para o bem-estar dos profissionais, usuários (família) e comunidade. Sendo assim, é de suma importância ressignificar ações e posturas, algo que só é possível na própria interação do trabalho e com espaços de reflexão, daí a necessidade do psicólogo na equipe para dar suporte, cuidar e acolher cada profissional em suas necessidades específicas e trabalhistas.

Essas ações são importantes, porque os serviços oferecidos na Saúde Pública, principalmente na UAPS não são realizados por apenas um profissional, mas pela equipe, e o foco de atenção não é somente o indivíduo, mas a família e seu contexto. Além disso, o atendimento em grupo é mais adequado às altas demandas de atendimento encontradas nas instituições e permite a intervenção direta na relação e a experiência com o coletivo.

Pensar na qualidade de vida da população é de grande valia social. A equipe de saúde deve pensar no gerenciamento de ações, levando orientações, suporte que atendam as necessidades. A sugestão é que sejam realizadas mais pesquisas, com o objetivo de compreender o que a população necessita para que as propostas não se percam, e que a qualidade de vida seja evidenciada.

Fica explícito, na análise da literatura, o quanto a atenção primária é fundamental para reorganizar o Sistema de Saúde e que o foco de atenção voltado para a saúde da família é praticamente completo em termos de ideal para melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS e da comunidade e, com isso, muitas mudanças significativas vêm ocorrendo no modelo de assistência à saúde no Brasil.

Os resultados encontrados na maioria das cidades brasileiras tem demonstrado a ampliação da cobertura de serviços na atenção básica a partir da expansão da UAPS, assim como a contribuição positiva do programa na evolução de muitos dos indicadores de saúde da população. Todavia, algumas ações e serviços carecem de melhorias para garantir uma assistência integral e de maior qualidade aos usuários.

Os autores relatam que as ações realizadas pelo programa mudaram o modelo tradicional de assistência, priorizando ações preventivas. Visando além da promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, a diminuição de danos ou de sofrimentos que comprometem a qualidade de vida do ser humano, visto que tem como estratégia, a Saúde da Família, conforme os preceitos do sistema de saúde atual no país.

Identificou-se com o desenvolvimento dessa estratégia, um maior vínculo e relação interpessoal entre profissionais de saúde e comunidade, uma vez que atualmente as mudanças no âmbito sócio-político e econômico exigem dos profissionais uma nova postura

onde o conhecimento técnico-científico e a interação com o cliente estejam aliados a um profissional crítico que proporcione atendimento humanizado e holístico.

Observa-se que a estratégia de trabalho da UAPS cumpre com as atividades propostas, para que o processo de elevação da qualidade de vida realmente ocorra, a participação da psicologia junto às equipes do UAPS no trabalho de planejamento estratégico adotou a busca pela eficiência e pela qualidade do atendimento como meta. Nesse contexto tem sido relevante na medida em que desenvolve um trabalho integrado ao programa, disponível a promover ações de benefício à saúde e o bem-estar da comunidade, além de melhorias na qualidade dos serviços prestados à população.

Considerando que os resultados do estudo levam à necessidade de realizar reflexões sobre as considerações colocadas por este, visando ao aperfeiçoamento e à qualidade da assistência à saúde, como no âmbito da gestão pública, propiciando a formulação da política de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, J. S. (2007). **A psicologia no SUS 2006:** alguns desafios na formação. In M. J. P. Spink, (Org.), A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BRANDÃO, Israel R. & BOMFIM, Zulmira A. **Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico- vivencial.** Fortaleza, ABRAPSO-Ceará/UFC, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

-Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde,** 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 12/10/2014.

Ministério da Saúde. (2008) **Portaria nº 154, de 24/01/2008** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº648/GM de 28 de março 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/Portaria648_28mar06.pdf>. Acesso em: 12 /11/ 2014.

Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 72 p.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Lei 8.080/90. Acessado em 25/09/2014, do http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169. Acesso em: 12 /11/ 2014

Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: (1988). Senado Federal, Centro Gráfico.

CAMARGO-BORGES, C., & CARDOSO, C. L. (2005, maio/ago.). **A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres.** Psicologia & Sociedade, 17(2), 26-32.

CONSELHO Federal de Psicologia. (2009). **A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Autor.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família:** uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. COTTA et al, 2005).

CHAVES, D. B. **Estratégia de Saúde da Família.** Abr, 2010. Disponível em: <<http://adalbertoday.blogspot.com/2010/04/estrategia-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 23 /11/ 2014

DIMENSTEIN, M. (1998). **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.** Estudos de Psicologia, 3(1), 95-121.

_____ (2000). **A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde.** Estudos de Psicologia, 5(1), 95-121.

_____, & Macedo, J. P. (2007). **Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional.** In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ESCOREL, L. S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 21, n. 3, p. 164-176, 2007. Disponível em:. Acesso em: 10 jul. 2013.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.15,n.4, p. 645-653, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>> Acesso em: 12 /12/ 2014

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** Editora Atlas, São Paulo, 2008.

HEIMANN LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Castro IEN, Telesi Júnior E, Cortizo CT, Fausto MCR, Nascimento VB, Kayano J. **Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil).** Cien Saude Colet 2011; 16(6):2877-2888. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S14138123201400020043900017&lng=en Acesso em: 28 /12/ 2014

MACIEL, R. H. M. O. et al. O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do programa de saúde da família. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE / UFC / UECE.** Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/reportorio/Reportorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf>. Acesso em: 05 /12/ 2014

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 1999a. 300p.

MILSTEIN B, Homer J, Hirsch G. **Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model.** Am J Public Health 2010; 100(5):811-819. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S14138123201400020043900011&lng=en Acesso em: 28 /12/ 2014

MISHIMA, S. M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 148-156, mai./jun. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 12 /12/ 2014

OLIVEIRA, I.F., Dantas, C.M.B., Costa, A.L.F., Silva, F.L., Alverga, A.R., Carvalho, D.B. & Yamamoto, O.H. (2004). **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional.** Interações, IX(17), 71-89.

OLIVEIRA, I.F., Dantas, C.M.B., Costa, A.L.F., Gadelha, T.M.S. Campos, E.M.P. & Yamamoto, O.H. (2005). **A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos.** Interação, 9(2), 275-285.

ONOCKO-Campos RT, Campos Gastão WS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saude Publica** 2012; 46(1):43-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201400020043900011&lng=en Acesso em: 28 /12/ 2014

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-71, mar-abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em: 06 /12/ 2014

PEREIRA, M.A.O., Machado, M.P. & Nascimento, S.A. (2008). **Inserção da Saúde Mental no Programa Saúde da Família com oficinas de sensibilização: relato de experiência.** Ciênc. Cuid. Saúde, 7(1), 59-64.

ROMAGNOLI, R.C. (2008). **A formação dos psicólogos e a saúde pública.** Pesquisas e Práticas Psicosociais, 1(2), 1-15.

SILVEIRA, A. **Saúde do Trabalhador.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

STARFIELD, B. (2008). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. (2001, jul./dez.). **A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios.** *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.

CAPÍTULO 8

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PARTURIENTES DURANTE O TRABALHO DE PARTE E PARTO

Data de aceite: 01/09/2023

Ana Júlia Almeida Rocha Silvério

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem – Centro Universitário Sagrado Coração. Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula Ribeiro Razera

"O parto é um rito de passagem, a mulher renasce. E todos os desafios que a mulher passa são benéficos para ela sair desse processo mais fortalecida para cuidar do bebê. É sempre um renascimento para todos nós que estamos ali. Parto é amor, é vida, renascimento." – Zezé Goulart.

RESUMO: O parto humanizado se trata do olhar holístico, integral e individualizado do profissional de saúde sobre o paciente que precisa de escuta, e, que seus direitos, vontades e cultura sejam respeitados, além de promover um ambiente confortável, proporcionar alívio da dor, orientar e esclarecer as dúvidas pertinentes, com livre escolha de acompanhante e do plano

de parto. Assim, este estudo objetivou-se elencar os principais cuidados de enfermagem na assistência das parturientes no processo de parto. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual incluiu artigos primários nacionais, disponíveis na íntegra, em sistema *open access*, publicados nos últimos 10 anos, que abordaram os cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto visando uma assistência integral a essa população. Inicialmente foram contemplados 7847 estudos. Destes, 32 compuseram a amostra final, dos quais emergiram três categorias, sendo: (1) práticas de humanização no trabalho de parto e parto, (2) instrumentos utilizados para trabalho de parto e parto humanizados, e (3) intervenções de enfermagem no trabalho de parto e parto. Concluiu-se que o cuidado é um atributo da enfermagem e de acordo com os achados desse estudo, faz-se necessário o acolhimento, avaliação, promoção de assistência centrada na parturiente, práticas baseadas em evidências científicas, oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto, contato pele a pele entre mãe e filho, apoio ao aleitamento

materno logo após o nascimento, oferecimento de espaço confortável, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto. Desta forma, é preciso que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e capacitada, observando o cuidado integral as parturientes, bem como, conhecendo a fisiologia do parto e evitando intervenções desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Gestantes. Trabalho de Parto. Parto Humanizado.

ABSTRACT: Humanized childbirth is about the holistic, integral and individualized view of the health professional about the patient who needs listening, and that their rights, wills and culture are respected, beyond promoting a comfortable environment, providing pain relief, guiding and clarify pertinent questions, with free choice of companion and delivery plan. Thus, this study aimed to list the main nursing cares in the attendance of parturients in the childbirth process. This is an integrative literature review, which included national primary articles, available in full, in an open access system, published in the last 10 years, which broached the nursing cares in parturients during labor and delivery, aiming at providing integral assistance to this population. Initially, 7847 studies were contemplated. Of these, 32 composed the final sample, from which three categories emerged, namely: (1) humanization practices in labor and delivery, (2) instruments used for humanized labor and delivery, and (3) nursing interventions in the labor and delivery. It was concluded that care is an attribute of nursing and, according to the findings of this study, it is necessary to welcome, evaluate, promote care centered on the parturient, practices based on scientific evidence, offer non-pharmacological methods of pain relief, freedom of position during childbirth, preservation of perineal integrity at the moment of expulsion of the fetus, skin-to-skin contact between mother and child, support for breastfeeding soon after the birth, offering a comfortable space, contributing to the reduction of stress during the labor. In this way, the nursing team needs to be sensitized and trained, observing the comprehensive care of parturients, as well as knowing the physiology of childbirth and avoiding unnecessary interventions.

KEYWORDS: Nursing Care. Pregnant women. Childbirth work. Humanized birth.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico, que ocorre na idade fértil das mulheres, definida como a faixa etária de 10 a 49 anos. Apesar de geralmente não apresentar intercorrências, no caso de gestantes portadoras de alguma doença, que sofreram algum agravo ou desenvolveram problemas, pode haver mais probabilidade de evolução desfavorável para o feto e para a mãe (BRASIL, 2019).

A gravidez afeta todos os aspectos da vida da mulher e, também de alguma forma, de cada membro da família e de pessoas de convívio social e profissional. Por isso, apesar de ser um processo fisiológico e intrínseco, este fenômeno exige uma reorganização familiar, principalmente nos casos de gravidez accidental e, por conseguinte, não planejada ou indesejada (CARVALHO, *et al.*, 2021; SILVA, *et al.*, 2021).

A confirmação da gravidez é permeada por sentimentos diversos, desde a dúvida, quanto à sua concretude até sentimentos ligados à crença de que estejam com alguma

doença ou mesmo não estarem grávidas, podendo tornar esse momento estressante. Assim, todos esses aspectos devem ser considerados no planejamento e na implementação de uma assistência adequada por uma equipe multiprofissional, dando atenção individualizada e integral a esta mulher (MARINS, *et al.*, 2020).

As manifestações fisiológicas da gravidez são bem reconhecidas e importantes para diagnóstico e avaliação de seu desenvolvimento. O sintoma mais comumente identificado para a suspeição de gravidez é o atraso menstrual, mas ainda há outros pouco específicos, como: náuseas e vômitos, sialorreia, alterações do apetite, aversão a certos odores, lipotimia e tontura, polaciúria, nictúria, sonolência e alterações psíquicas variáveis na dependência da gestação ser desejada ou não (BRASIL, 2019).

O recurso mais precoce usado no diagnóstico da gravidez é o método hormonal por meio do teste rápido encontrado nas farmácias ou nos testes laboratoriais, com a identificação do hormônio corionadotrófico (HCG) na urina ou no sangue. Mas também pode ser confirmado por meio da ausculta dos batimentos do coração fetal, detectado por sonar Doppler entre 10 e 12 semanas gestacionais, além da palpação de partes fetais no abdome materno e exame de ultrassonografia (BRASIL, 2000).

O parto natural e nascimento é o momento no qual o feto e a placenta deixam o útero instintivamente, geralmente, após 37 a 42 semanas. Este se inicia de forma espontânea e ocorre via vaginal, sendo respeitado o processo fisiológico com o objetivo de preservar a saúde da mãe e do bebê. Ainda há o parto cesariana, onde se faz uma intervenção cirúrgica para o nascimento do bebê, em que a mulher se encontra sob ação anestésica, e que deveria ter sua prática resguardada para casos de agravos e desenvolvimento desfavorável do parto (LEAL, *et al.*, 2020; OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

O trabalho de parto (TP) é um fenômeno iniciado com contrações uterinas do corpo gravídico até a dilatação total do colo e expulsão do feto, da placenta e das membranas. Associado a isso, há os temores e medos decorrentes do desconhecimento das modificações ao processo da gestação e parto (PILER, 2018).

A parturição é dividida em fases: período de dilatação, período expulsivo, período de dequitação e período de Greenberg ou puerpério imediato. A fase de dilatação inicia-se com as contrações uterinas dolorosas modificando ativamente a cérvix e finalizando com a ampliação completa, ou seja, a dilatação total. A duração dessa fase pode ser afetada por diversos fatores como ansiedade materna, anestesia e posição da parturiente. A fase da expulsão inicia-se com a dilatação completa e se encerra com a saída do feto, caracterizada pelas contrações uterinas intensas, vontade de evacuar, sudorese, distensão perineal, coroamento e expulsão. A fase de dequitação ocorre após a expulsão do feto e termina com a liberação da placenta. E por fim, a quarta fase também conhecida como período de Greenberg que corresponde a primeira hora após a saída da placenta considerado um momento importante pelos riscos imanentes de hemorragia (CARVALHO, *et al.*, 2021; GOUVEIA, 2018).

O parto é considerado um momento crítico pela curta duração e por ser imprevisível e irreversível, pois é um momento enfrentado pela mulher a qual não tem controle sobre esse processo. Nesse sentido, é necessário que a equipe prepare um ambiente acolhedor de forma a garantir o direito da mulher à privacidade e à presença de acompanhante de sua escolha, além de segurança física e emocional (LEAL, et al., 2021; MOURA, et al., 2020; CORDEIRO, et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o parto normal como um processo fisiológico natural e sem interferências no seu percurso, utilizando intervenções seguras para que no final do processo, mãe e recém-nascido estejam saudáveis. Nesse contexto, torna-se um desafio para os profissionais de saúde, incentivar o resgate de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas, em busca do respeito aos direitos humanos (JULIATTO, 2019).

O atendimento ao parto deve ser realizado por meio de práticas humanizadas, acolhedoras, respeitosas e embasadas cientificamente por meio da adoção de protocolos assistenciais, o qual corresponde a importante ferramenta de boas práticas voltadas para a humanização da assistência, destacando-se, sobretudo, a integração e comunicação dos profissionais envolvidos (PILER, et al., 2019).

Acredita-se, entretanto, que a enfermagem assume papel muito relevante para a mulher durante o trabalho de parto e parto, pela escuta, orientação, educação em saúde e intervenções desnecessárias. Portanto, é indispensável que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e capacitada para exercer suas funções de forma humanizada (MARINS, et al., 2020; MOURA, et al., 2020).

Assim, dentre os inúmeros cuidados, é função do enfermeiro prestar assistência sistematizada à gestante e à sua família de acordo com as suas necessidades, como no caso, o Processo de Enfermagem (PE), o qual resulta de um instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade conforme resolução n. 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017).

O PE, criado por Wanda de Aguiar Horta em 1970, é uma ferramenta metodológica, pautada em resoluções técnico-científicas para possibilitar a operacionalização do cuidado e prática profissional, além de sistematizar a assistência prestada, composto por cinco etapas interdependentes e que se relacionam, dentre elas, a investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. Esta dinâmica entre as etapas proporciona a identificação das necessidades do indivíduo, proporcionando um cuidado direcionado (BARROS, et al., 2015).

Considera-se que os cuidados de enfermagem relacionados à assistência ao parto humanizado, sejam aplicação de tecnologias leves para a sistematização do processo de enfermagem, como *checklist*, a fim de garantir a padronização, segurança e qualidade dos procedimentos, escuta ativa das necessidades da gestante, propiciando a criação de vínculo de confiança entre profissional e paciente, além de proporcionar ambiente acolhedor.

Dante desse contexto, destaca-se a importância da participação do enfermeiro entre os profissionais que prestam cuidado de saúde às gestantes durante o trabalho de parto, podendo contribuir significativamente para a humanização do parto e diminuição dos índices de mortalidade materna e perinatal. Todavia, mostra-se necessário conhecer os principais cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto, para prestação de um atendimento humanizado visando uma assistência integral a essa população.

2 | OBJETIVO

Elencar os principais cuidados de enfermagem na assistência das parturientes no processo de parto.

3 | METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método de pesquisa que busca sintetizar os resultados obtidos em pesquisas anteriores e trazer uma conclusão a respeito de uma temática ou questão norteadora (ALVES, et al., 2017).

3.2 Referencial metodológico e respectivas etapas

Para construção desta revisão foram consideradas as seguintes etapas: desenvolvimento da questão norteadora, busca dos estudos primários nas bases de dados, extração de dados dos estudos, avaliação dos estudos selecionados, análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (MENDES et al., 2008).

Respeitando-se o que se propõe avaliar, a questão norteadora foi: “quais os principais cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto para que se possa prestar um atendimento humanizado?”

Foram incluídos artigos primários nacionais, disponíveis na íntegra, em sistema *open access*, publicados nos últimos 10 anos (2012 a 2022), que abordassem os cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto visando uma assistência integral a essa população. A busca aconteceu no mês de outubro de 2022, sendo excluídos artigos secundários, ou seja, de validação ou revisão, e aqueles que após a leitura na íntegra não responderam à questão norteadora.

Neste estudo, foram selecionados periódicos indexados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) além da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pela abrangência e qualificação das mesmas. Os descritores utilizados serão: cuidados de enfermagem, gestantes, trabalho de parto, parto humanizado. Todos os descritores foram combinados entre si por meio do termo booleano “AND”, enquanto para seus respectivos

sinônimos foi utilizado o terno booleano “OR”.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, sendo incluídos os que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Para a seleção final foi realizada a leitura dos artigos na íntegra. E para a coleta e análise dos dados, foi utilizado um formulário padronizado que abordou as seguintes variáveis: título do artigo, autores, ano de publicação, delineamento do estudo e principais resultados e recomendações.

4 | RESULTADOS

A seleção dos artigos contemplou inicialmente 7847 estudos segundo os critérios de inclusão aplicados para esta pesquisa conforme demonstrado na Tabela 1. Destes, foram excluídos 1022 por se encontrarem duplicados, ou seja, disponíveis em mais de uma base de dados. Assim, foram selecionados para a leitura na íntegra 67 estudos, no entanto, apenas 32 compuseram a amostra final conforme demonstrado na Figura 1 e Tabela 2.

CRUZAMENTOS	SCIELO	BVS
Cuidados de enfermagem AND gestantes	112	809
Cuidados de enfermagem AND trabalho de parto	86	2759
Cuidados de enfermagem AND parto humanizado	47	250
Gestantes AND trabalho de parto	242	1982
Gestantes AND parto humanizado	46	241
Trabalho de parto AND parto humanizado	183	503
TOTAL	716	6544

Tabela 1. Levantamento dos estudos primários nas bases de dados SCIELO e BVS, Bauru, SP, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao espaço temporal dos estudos, destacaram-se os anos de 2022, com quatorze artigos (43,75%), 2020 e 2017, com cinco (15,62%) e 4 artigos (12,50%). Dos anos de 2021 e 2018 foram achados três (9,37%) e dois artigos (6,25%), respectivamente, por fim, nos anos 2019, 2016, 2015, 2014, 2013 e 2012 foram achados 1 artigo em cada ano (representando 3,12% dos artigos em cada ano).

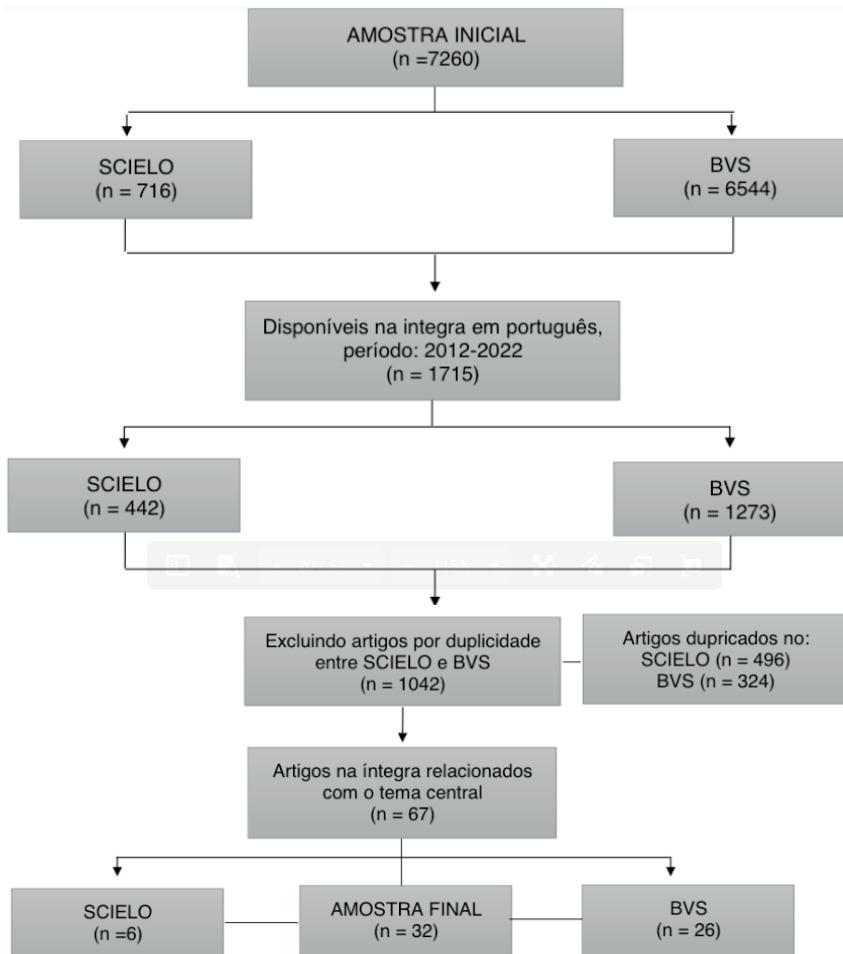


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão integrativa. Bauru, SP, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os critérios utilizados neste estudo, todos os artigos científicos eram nacionais, sendo oito (25%) produções do estado de São Paulo, sete (21,87%) artigos do Rio de Janeiro, cinco (15,62%) produções de Pernambuco e cinco (15,62%) produções do Paraná, Ceará com dois (6,25%) artigos, e Bahia, Brasília, Minas Gerais, Pará e Rio Grande do Norte com um cada (3,12% de artigos para cada Estado).

Nº	Título do artigo	Autores, ano e base de dados	Objetivo	Desenho do estudo	Principais resultados
1	Ações e atitudes das enfermeiras na abordagem das parturientes sobre tecnologias não invasivas de cuidado	Almeida et al. 2022 BVS	Conhecer as ações das enfermeiras obstétricas para mobilizar as parturientes quanto ao uso das tecnologias não invasivas de cuidado.	Estudo qualitativo e exploratório.	As mulheres são mobilizadas com as seguintes ações construção de vínculo, compartilhamento de saberes, colaboração de outras enfermeiras e incentivo à participação do acompanhante. Diante da não adesão, as atitudes das enfermeiras perpassam pela negociação ou imposição cultural.
2	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal	Jacob et al. 2022 SCIELO	Compreender a percepção da atuação das enfermeiras obstétricas em relação à assistência às mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal.	Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturada.	A percepção do cuidado atribuído à enfermagem obstétrica se fundamenta no campo da humanização do pré-natal e nas ações de cuidado alinhadas às evidências científicas, fisiológicas e de autonomia da mulher no cuidado obstétrico.
3	Contato Pele A Pele E Amamentação No Momento Do Parto: Desejos, Expectativas E Experiências De Mulheres	Santos et al. 2022b SCIELO	Analizar os desejos, as expectativas e as experiências de mulheres no que diz respeito ao contato pele a pele e à amamentação na primeira hora de vida.	Pesquisa qualitativa por meio de entrevistas estruturadas e semiestruturadas.	Participaram da pesquisa 18 mulheres, entre 21 e 38 anos. Elas expressaram o desejo do contato pele a pele e da amamentação como práticas imediatas após o parto e o nascimento, contudo muitas não acreditavam que fosse possível, sendo o principal entrave a realização de procedimentos de rotina. As expectativas de impossibilidade do contato pele a pele e amamentação precoce foram confirmadas no momento do parto.
4	Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto: representações de mães acerca da maternidade em UBS de São Paulo	Atem 2022 BVS	Identificar as representações das mulheres acerca da maternidade assim como as representações dos profissionais de saúde sobre a saúde mental na gestação e no pós-parto, e sobre seu próprio trabalho com essa população.	Pesquisa de abordagem qualitativa que usa o método da entrevista.	A teoria psicanalítica e seu cruzamento com as unidades de registro elaboradas nos permitiram realizar uma análise de conteúdo das entrevistas extraíndo significados amplos e diversos para aquilo que foi proposto nos eixos temáticos.

5	Elementos Que Influenciaram No Contato Imediato Entre Mãe E Bebê Na hora dourada	Monteiro et al. 2022 BVS	Caracterizar os elementos que influenciaram no contato imediato entre mãe e bebê na hora dourada.	Estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa.	O contato imediato na hora dourada teve baixa adesão na assistência hospitalar. Os procedimentos neonatais passíveis de serem adiados predominaram como elementos influenciadores da hora dourada. A assistência observada nas salas de parto investigadas reflete a necessidade de reduzir as intervenções no parto e nascimento.
6	Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do plano de parto	Ferreira 2022 BVS	Promover a escuta de pessoas grávidas no contexto da pandemia de modo a captar suas contribuições para atualização do plano de parto, de forma que sua implementação nos serviços de Franco da Rocha favoreça à promoção da autonomia desse grupo e para o enfrentamento da violência obstétrica.	Estudo qualitativo, com recorte transversal.	A violência obstétrica sistemática é uma barreira reconhecida e presente na fala dos diferentes grupos das usuárias e das profissionais. O grupo educativo para pessoas gestantes identificado em UBS local é uma fortaleza reconhecida em comum tanto no grupo de mulheres como no dos profissionais, fortalecendo o vínculo entre serviço e usuárias e fonte genuína de trocas entre pares.
7	Expectativa e satisfação da mulher no trabalho de parto e pós-parto	Djassi 2022 BVS	Realizar uma apreciação crítica e reflexiva do Estágio de Natureza Profissional tendo por base os objetivos gerais do mesmo com vista à discussão pública. Contextualizar a aquisição e reflexão de práticas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de acordo com a prestação de cuidados baseados em evidência e demonstração de competências no domínio da investigação em enfermagem, dando resposta ao problema de investigação colocado.	Estudo transversal e analítico.	O Estágio de Natureza Profissional e a reflexão sobre o mesmo, através da produção deste relatório, permitiram a aquisição e consolidação das competências específicas para a prática do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, a enumeração das experiências mínimas obrigatórias realizadas e a produção de material de investigação. Permitiu identificar alguns aspectos relacionados com a Expetativa e Satisfação das mulheres e perceber que é essencial ter em conta vários aspectos para a sua melhoria, como as instalações físicas da instituição de saúde; os cuidados prestados pelos profissionais de saúde; a verificação de expectativas e satisfação.

8	Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto	Trigueiro et al 2022 BVS	Descrever a experiência das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem a partir de 37 semanas e que elaboraram seu plano de parto.	Pesquisa exploratória qualitativa.	Adequados à realidade e focados na individualidade da gestante, a consulta de enfermagem e o plano de parto foram respectivamente evidenciados como espaço para educação em saúde e ferramenta educativa, mostrando-se eficientes para a atuação do enfermeiro e melhora da assistência pré-natal.
9	Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On	Santos et al 2022a	Analisar os desafios vividos na implantação e implementação do Projeto Apice On em um hospital de grande porte no Brasil.	Pesquisa com abordagem qualitativa, por meio de entrevista.	É importante rever as estratégias de implementação das propostas do Projeto Apice On, incorporando a educação permanente em saúde como estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. Sugere-se ampliar a investigação para além do serviço hospitalar, contemplando a perspectiva de outros cenários, como o cuidado na atenção primária à saúde.
10	Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado	Monguilhott et al 2022 SCIELO	Avaliar a adesão de gestantes e acompanhantes à realização da massagem perineal digital durante a gestação e seu efeito na prevenção do trauma perineal no parto e na redução de morbidade associada nos 45 e 90 dias pós-parto.	Estudo piloto de ensaio clínico randomizado.	A massagem perineal foi fator de proteção para edema nos primeiros 10 dias pós-parto (RR 0,64 IC95%0,41-0,99) e perda involuntária de gases nos 45 dias pós-parto (RR0,57 IC95%0,38-0,86). O ajuste residual ≥ 2 observado na análise das condições do períneo pós-parto mostrou uma tendência das mulheres do grupo intervenção terem períneo íntegro. As mulheres e os acompanhantes que realizaram a massagem perineal aceitaram bem a prática, recomendariam e fariam novamente em futura gestação.

11	Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha	Baggio et al 2022 BVS	Compreender os significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica e a motivação (das mulheres) para essa escolha.	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, por meio de entrevista.	<p>As experiências convergem para o exercício da autonomia e respeito à individualidade. Evidencia-se o protagonismo das mulheres que vivenciaram um parto natural sem intervenções. A assistência focou nas necessidades da parturiente, proporcionou confiança, segurança, tranquilidade e respeito às suas escolhas. Aponta-se a necessidade de ampliar a assistência ao parto por enfermeiras obstétricas às mulheres que desejam o parto domiciliar planejado. Políticas públicas de assistência ao parto podem viabilizar isso.</p>
12	Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal	Silva et al 2022 BVS	Compreender as percepções das parturientes quanto aos cuidados da enfermagem obstétrica no processo do parto e nascimento em Centro de Parto Normal.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.	<p>Observaram-se o acolhimento e a empatia durante o processo da humanização, além da utilização de tecnologias não invasivas do cuidado da enfermagem obstétrica com base na ciência.</p>
13	Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde	Feltrin; Manzano; Freitas 2022 BVS	Identificar o conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre o plano de parto; realizar ação educativa com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca do plano de parto e identificar seu impacto; informar e destacar junto aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde a importância e a abordagem do plano de parto durante o Pré-Natal.	Estudo, descritivo, exploratório de abordagem mista.	<p>Nota-se defasagem quanto ao conhecimento e aplicação do instrumento referente ao plano de parto pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, evidenciando a importância da criação de treinamentos e protocolos dentro dessa temática.</p>

14	Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas	Prata et al 2022 BVS	Descrever as contribuições terapêuticas da utilização de tecnologias não invasivas de cuidado, oferecidas por enfermeiras obstétricas, durante o trabalho de parto.	Estudo qualitativo e descritivo.	Para aliviar a dor e promover relaxamento, recorrem ao estímulo à participação do acompanhante e à respiração consciente, à aplicação da massagem, à promoção do ambiente acolhedor e ao uso da água morna e dos óleos essenciais. Para ativar o trabalho de parto, auxiliar na descida da apresentação e correção do posicionamento fetal, incentivam posicionamentos verticalizados e movimentos corporais, com alguns instrumentos.
15	Aplicação de checklist sobre cuidados intraparto no parto normal	Carvalho et al. 2021 BVS	Aplicar o checklist de cuidados intraparto no parto vaginal.	Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.	Os profissionais seguiram as recomendações da maioria dos itens voltados para o trabalho de parto.
16	Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto	Silva et al. 2021 BVS	Analizar o conhecimento das puérperas acerca das boas práticas realizadas por enfermeiros na assistência ao parto e nascimento	Estudo transversal.	Evidenciou-se que as puérperas têm conhecimento quanto às posições que promovem o maior conforto durante o trabalho de parto e parto, bem como o direito a se ter um acompanhante. Revelou-se, porém, o conhecimento reduzido no que se refere às práticas não farmacológicas para o alívio da dor.
17	Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas	Leal et al. 2021 SCIELO	Compreender as práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas	Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa.	O estudo desvelou a importância do uso de tecnologias leves de cuidado, respeito ao protagonismo feminino, participação ativa e autonomia da mulher como impacto positivo no transcurso parturitivo.

18	Ações de acompanhantes durante o parto: compreensão a partir da fenomenologia social	Messa et al. 2020 SCIELO	Compreender a intencionalidade das ações dos acompanhantes de mulheres em processo parturitivo.	Pesquisa qualitativa, fenomenológica.	As ações dos acompanhantes consistiram em se manter continuamente presentes, incentivar o parto normal e apoiar nos exercícios e na deambulação. As motivações foram deixar a mulher tranquila para evitar complicações, e minimizar a dor para o nascimento rápido.
19	Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem	Piler et al. 2020 BVS	Refletir sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem	Estudo com abordagem qualitativa.	Emergiram cinco classes: fragilidades/limitações no processo de parturição; ambiência e recursos humanos no processo de parturição; imposição de cuidados e ausência de privacidade da mulher em processo de parturição; processo de nascer: o entendimento dos profissionais de enfermagem; e contribuições no processo de cuidar para melhor nascer.
20	Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um centro de parto normal	Moura et al. 2020 BVS	Compreender a percepção de uma equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal acerca da assistência ao parto humanizado	Pesquisa descritiva, qualitativa.	Os participantes do estudo reconhecem a relevância de seu trabalho e identificam a classe da enfermagem como protagonista na assistência humanizada. Esses apresentam a percepção de parto humanizado relacionado à autonomia da mulher, além disso, entendem que o processo de humanização se inicia desde a entrada da mulher no centro de parto.
21	Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição	Marins et al. 2020 BVS	Conhecer as tecnologias de cuidado no alívio da dor no processo de parturição em um hospital de ensino	Pesquisa qualitativa e descritiva.	As puérperas que usaram as tecnologias de alívio da dor no processo de parturição julgaram como excelente e de grande valia os métodos para o alívio da dor.

22	Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de enfermagem no processo de parturição	Piler et al. 2019 BVS	Construir com os profissionais de Enfermagem protocolo assistencial para nortear os cuidados de Enfermagem no processo de parturição, embasando-se nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento	Estudo com abordagem qualitativa baseado na pesquisa convergente assistência.	Da análise emergiram duas categorias temáticas: percepção dos profissionais de Enfermagem frente a protocolos assistenciais; protocolo de boas práticas para o cuidado de Enfermagem obstétrica.
23	A humanização na assistência ao parto e ao nascimento	Cordeiro et al. 2018 BVS	Analizar as ações de humanização realizadas pelos enfermeiros na assistência ao parto e ao nascimento.	Estudo quantitativo, de campo, descritivo e exploratório	Os enfermeiros reconhecem que os programas de humanização trazem benefícios às parturientes, ao recém-nascido e aos seus familiares, no entanto, relatam que 63% das parturientes possuem resistência e, assim, não colaboram com as recomendações e 73% responderam que a falta de conhecimentos e/ou a insensibilidade de alguns profissionais de saúde quanto à importância da humanização do parto levam a uma resistência em realizar uma assistência humanizada de qualidade.
24	Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto	Holanda et al. 2018 SCIELO	Correlacionar a satisfação de primíparas quanto ao apoio e à utilidade do companheiro durante o processo de parto com a sua presença e capacitação no pré-natal.	Estudo correlacional, quantitativo.	A variável presença do companheiro no pré-natal esteve estatisticamente associada à satisfação da puérpera com o apoio e com a utilidade do apoio durante o trabalho de parto, enquanto a variável capacitação do companheiro no pré-natal esteve estatisticamente associada à satisfação prestada pelo companheiro durante todas as fases avaliadas (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato).

25	A formação em enfermagem no ciclo gravídico-puerperal	Silva et al. 2017 BVS	Relatar a experiência do "Dia G da gestante" no processo formativo de acadêmicos de Enfermagem.	Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência.	Foi possível estabelecer diálogo com as usuárias do pré-natal sobre o ciclo gravídico-puerperal; proporcionar uma maior vinculação entre usuárias do SUS e a equipe de saúde da família; desenvolver habilidades/competências conceituais, procedimentais e atitudinais para a promoção da educação em saúde e trabalho interdisciplinar.
26	A importância da utilização do check-list de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerperais	Santana et al. 2017 BVS	Apresentar uma análise crítica sobre a importância da utilização do check-list do parto seguro para a redução do parto seguro para a redução dos riscos obstétricos e puerperais.	Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa.	Observou-se que a utilização do checklist de parto seguro é satisfatório para manter a qualidade e a segurança no trabalho de parto e pós-parto, tanto para a gestante, puérpera e recém-nascido.
27	A informação de mulheres para escolha do processo de nascimento	Soares et al. 2017 BVS	Discutir, a partir da análise reflexiva, acerca do processo de informação da mulher para a livre escolha do tipo de parto.	Estudo qualitativo, do tipo análise reflexiva.	A informação das mulheres para a escolha do parto se dá pelos profissionais de saúde, da sua rede de apoio, seja ela de ordem social ou familiar, além de ser utilizada da internet, com blogs e sites especializados em saúde, para a busca de tais informações.
28	As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto	Oliveira et al. 2017 BVS	Analizar as vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.	Estudo descritivo qualitativo.	Apesar do crescimento da humanização do parto, muitas mulheres estão aquém dessa realidade, sendo pouco ouvidas sobre o que lhe traria conforto ou desconforto no momento do seu parto. O nascimento do filho, a assistência dos profissionais, o acompanhante, a dor, a episiorrafia e o aumento das dores devido ao uso do "soro" estão entre as principais vivências de conforto e desconforto relatadas

29	Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência	Andrade; Rodrigues; Silva 2017 BVS	Analizar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido, em uma maternidade pública baiana, apoiada pela Rede Cegonha	Estudo descritivo com abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo.	Identificou-se o uso das seguintes boas práticas: presença de acompanhante (79,2%), métodos não farmacológicos para o alívio da dor (23,1%), contato pele a pele imediato (51,6%) e amamentação na sala de parto (38%). A maioria dos partos (95,3%) foi assistida por médicos.
30	Implementação da humanização da assistência ao parto natural	Motta et al. 2016 BVS	Analizar a implementação das práticas humanizadas na assistência ao parto natural, fundamentada no documento “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” de 1996.	Estudo transversal, descritivo.	Destacaram-se práticas eficazes de atenção ao parto e ao nascimento: apoio empático pelos profissionais; uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor; liberdade de posição durante o trabalho de parto; e práticas inadequadas: cateterização venosa profilática, pressão do fundo uterino e transferência da parturiente para outra sala no segundo estágio do trabalho de parto.
31	Significado de parto humanizado para gestantes	Versianiet al. 2015 BVS	Compreender o significado de parto humanizado na concepção de gestantes	Estudo descritivo, de natureza qualitativa, com enfoque fenomenológico.	O tema central desvelado foi compreendendo o parto humanizado como aquele em que o profissional tenha como prerrogativa o relacionamento empático e a competência técnica que propicie à mulher a vivência de um trabalho de parto e parto fisiológico como protagonista durante este processo.

32	O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar	Guida; Lima; Pereira 2013 BVS	Descrever os critérios utilizados pelos enfermeiros para indicar o ambiente de relaxamento às parturientes e analisar os significados, para as enfermeiras obstétricas, dos cuidados realizados nesse ambiente	Pesquisa de abordagem qualitativa.	<p>Os critérios foram agrupados nos temas: necessidades e desejo da parturiente; critérios obstétricos favoráveis e condições desfavoráveis do ambiente no processo do parto.</p> <p>Os significados do cuidado de Enfermagem obstétrica no ambiente de relaxamento foram agrupados nos temas: o respeito aos direitos das mulheres na assistência obstétrica e a promoção do conforto e o favorecimento do parto normal. A sala de relaxamento é uma iniciativa das enfermeiras obstétricas para assegurar os princípios e valores do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. O ambiente tradicional do centro obstétrico necessita de mudanças para que a humanização da assistência e o conforto sejam direitos de todas parturientes e favoreça o parto normal.</p>
----	---	-------------------------------------	--	------------------------------------	--

Tabela 2. Apresentação dos estudos inclusos na revisão integrativa, segundo o título, autores, ano da publicação, objetivo, metodologia e os principais resultados dos cuidados de enfermagem na assistência das parturientes durante o trabalho de parto e parto. Bauru, SP, 2022.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da análise dos estudos selecionados, e de acordo com a pergunta norteadora, foram identificados três fatores relacionados aos cuidados de enfermagem na assistência das parturientes durante o trabalho de parto e parto, sendo: (1) práticas de humanização no trabalho de parto e parto, (2) instrumentos utilizados para trabalho de parto e parto humanizados, e (3) intervenções de enfermagem no trabalho de parto e parto (Figura 2).

“Quais os principais cuidados de enfermagem em parturientes durante o trabalho de parto e parto para que se possa prestar em atendimento humanizado?



Figura 2. Fluxograma do agrupamento dos principais cuidados de enfermagem na assistência das parturientes durante o trabalho de parto e parto. Bauru, SP, Brasil, 2022.

5 | DISCUSSÃO

5.1 Práticas de humanização no trabalho de parto e parto

Gestar é uma experiência singular, individual e intrínseca na vida do casal e de uma família, exigindo uma reorganização dos mesmos, mas principalmente da mulher gestante. É um momento que vai além do encontro de óvulo e espermatozoide, resultando na formação do zigoto, implantação do mesmo no endométrio uterino. Durante os nove meses de gestação há transformações físicas, orgânicas e psíquicas, que repercutem no âmbito social e funcional da futura mãe, a qual passa por uma maturação preparatória para um novo nível de cuidados e responsabilidades. Em meio a tormenta estressante e, ao mesmo tempo, gratificante, a gestante pode oscilar entre sentimentos de encorajamento ou de confusão e desalento, sendo imprescindível o acompanhamento médico e psicológico na gravidez (CARVALHO, *et al*, 2021; SILVA, *et al*, 2021; MARINS, *et al*, 2020).

A conclusão da gestação se dá por volta da 37º e 42º semanas no processo de parto e nascimento, com as contrações uterinas do corpo gravídico até a dilatação completa do colo e expulsão do feto, da placenta e das membranas. Tal etapa é permeada de temores em relação às dores do parto natural, este de início espontâneo, via vaginal, fazendo jus ao processo fisiológico com mínimas intervenções e, por tanto, sendo de baixo risco (OLIVEIRA, 2020; PILER, 2018).

O parto é o limiar de transição na maternidade. É quando há o primeiro contato mãe e filho, concomitante ao fortalecimento do vínculo afetivo e aos sentimentos de alívio e felicidade. A maneira como essa mulher é tratada influencia diretamente no desenrolar do trabalho de parto e pós-parto, o como ela vivenciará esse momento e o possível desenvolvimento de complicações. Por tanto, o bem estar físico-emocional e o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto são parâmetros de uma assistência humana e de qualidade. Acima disso, uma experiência positiva do parto cumpre e supera expectativas da parturiente: dar à luz a um bebê saudável num ambiente seguro

(MARINS, *et al*, 2020; MOTTA, *et al*, 2016; OLIVEIRA, *et al*, 2014).

No entanto, com o passar do tempo houve um crescimento acentuado de intervenções durante o trabalho de parto, com a finalidade de iniciar, acelerar, regular e terminar o processo fisiológico, mesmo quando não necessário. Essa medicalização desregrada enfraquece a capacidade da mulher de dar à luz e afeta negativamente a parturição (PILER, 2018).

O início da prática obstétrica se deu por volta do século XIX com a atuação de base em conhecimento empírico, norteada pela humanização, fisiologia e apoio psicológico de curandeiras e parteiras frente ao cuidado durante o trabalho de parto residencial, atividade desvalorizada pela comunidade médica. Entretanto, em 1940, a partir dos avanços tecnológicos na área médica, eclodiu uma hospitalização e medicalização massiva no processo de parturição, momento em que o parto passou a ser visto como patológico e um risco para a saúde da mulher. O parto se torna então extremamente intervencionista, tecnicocrático e cirúrgico, tendo o médico como protagonista. Isso gerou elevação dos índices de complicações e morbimortalidades materna e perinatal, relacionadas a altas taxas de intervenções rotineiras e protocoladas, como a episiotomia, amniotomia, a tricotomia, o jejum, o enema, a manobra de Kristeller e o parto induzido por oxitocina, sem que a eficácia desses procedimentos fosse cientificamente comprovada, resultando em uma “cascata de intervenção” (LEAL, 2021; MARINS, *et al*, 2020; PILER, 2020; OLIVEIRA, 2020; COELHO, 2019; JULIATTO, 2019).

A gravidez deve ser entendida como saudável e o parto como fisiológico e protagonizado pela mulher, evitando intervenções desnecessárias quando não há desvios da normalidade e sem consentimento da parturiente. Mais que isso, para que a gestante possa efetivamente comandar este momento é necessário um conhecimento prévio, tanto do processo de parturição quanto do andamento da gestação, para tanto são essenciais a oferta de um pré-natal adequado, período são realizadas orientações abrangendo da gravidez ao tipo de parto e puerpério, e a humanização do processo parturitivo (JACOB, *et al*, 2022; CORDEIRO, *et al*, 2018).

Nesse sentido, tem se observado há alguns anos um movimento da enfermagem obstétrica rumo a uma atenção humanizada, com menor uso de tecnologias invasivas, com foco no cuidado às necessidades da mulher e respeitando o protagonismo feminino e a fisiologia do nascimento, uma alusão ao início da história da enfermagem, profissão predominada por pessoas do sexo feminino, devido a imposição de papéis sociais, com o cuidado caridoso, técnico e filantrópico voltado ao paciente (LEAL, 2021; CORDEIRO, 2018).

O cuidado é um atributo da enfermagem e da atenção em saúde. Este profissional precisa considerar o paciente de forma holística, individualizada e integral para uma melhor resoluibilidade das demandas apresentadas pelo cliente. Por tanto, o cuidado de enfermagem pode ser definido como um processo ou relação terapêutica entre duas pessoas, sendo

relacional e subjetivo, o que significa a existência de um intercâmbio recíproco de ações de cuidado para manter a saúde, além de um processo de doença (PLIER, 2018).

Tendo em vista a complexidade da temática “cuidados para a mulher”, esta tem sido muito discutida, principalmente desde 1985, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu uma conferência sobre a “tecnologia apropriada para o parto”, propondo um guia de cuidados não farmacológicos, com prioridade ao cuidado no parto e na atenção à mulher, garantindo o cumprimento de seu direito de ser participante do parto humanizado. E, em 1996, a OMS publicou um guia prático, no qual cita a enfermeira obstetra como essencial, sendo qualificada para prestar atenção ao parto, contribuindo na humanização da assistência com um cuidado que transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo atenção ao estado emocional da parturiente e da família (VERSIANI, et al, 2015).

Neste interim, a enfermagem obstétrica é importante para a mulher durante o trabalho de parto, por atuar com o cuidado e o respeito dos processos fisiológicos da parturiente, contribuindo na redução de práticas intervencionistas desnecessárias e consequente desmedicalização do parto, por ofertar apoio em relação à dor, sinal mais verbalizado e temido pelas parturientes, por prestar esclarecimentos sobre a dinâmica uterina, fisiologia do parto e as funções das contrações no processo de parturição, auxiliando-as a entenderem e participarem de forma mais ativa e autônoma no seu processo de parir (JACOB, et al, 2022; SILVA, et al, 2021; MARINS, et al, 2020).

Em 1998 e 1999, o MS tomou iniciativas que tiveram como objetivo melhorar a qualidade assistencial obstétrica e a revalorização do parto normal, voltadas também às questões da humanização. Propôs um novo modelo para a assistência ao parto realizada por profissional enfermeiro obstétrico, considerando o disposto na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 que regulamenta o exercício da enfermagem. O Decreto n. 94.406 de 30 de março de 1987 e a Resolução do Conselho Federal de 26 Enfermagem (COFEN) n. 0477 de 23 de abril de 2015, que define as atribuições do enfermeiro obstétrico na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, e assim incluiu, por meio da Portaria GM/MS nº 2.815 de maio de 1998, a realização do parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra na Tabela de Procedimentos do SUS (PLIER, p.25, 2018).

Dentre as responsabilidades do enfermeiro obstétrico está a prestação de cuidados integrais a mulher e ao recém-nascido, acolhimento e avaliação, promover um modelo de assistência centrado na mulher, no parto e nascimento, adotar práticas baseadas em evidências científicas, ofertar métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como proporcionar espaço acolhedor, confortável, silencioso e agradável, que permita a privacidade e o estabelecimento de vínculo com a cliente, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto (SILVA, et al, 2022;

PILER, *et al*, 2019; MOTTA, *et al*, 2016).

A humanização da assistência está relacionada com valorização da dignidade humana, da ética profissional e da produção do cuidado fundamentado no respeito à individualidade e na sensibilidade cultural. Sob a visão da humanização, a atuação do profissional de saúde passa a ser voltada ao acolhimento, à criação de vínculo e segurança, à percepção das necessidades e ao respeito da fisiologia. Na obstetrícia envolve a família, o pré-natal, os conhecimentos e as práticas que promovam o parto e o nascimento saudáveis, com prevenção e diminuição das negligências e morbimortalidades materna e perinatal, englobando a cliente nos âmbitos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais (JACOB, *et al*, 2022; LEAL, 2021; SOARES, 2017; BRASIL, 2012).

O conceito de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento orbita nas falas das puérperas, defendem a desmedicalização, o estímulo à verticalização, a presença do acompanhante e o contato precoce pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento. Assim, observamos a importância das tecnologias leves, não invasivas ao transcurso parturitivo e nascimento, como benéfico para mãe, recém-nascido e família. Uma revisão que incluiu 35 estudos de 19 países evidenciou que a maioria das gestantes almeja uma experiência positiva de parto, em que a segurança e o bem-estar psicossocial são igualmente valorizados (PILER, *et al*, 2020).

Na tentativa de reduzir o número de intervenções desnecessárias e realizar mudanças no modelo de cuidado, o Ministério da Saúde (MS) implementou diretrizes de assistência ao parto normal, como a Rede Cegonha e do projeto Apice On, os quais têm como objetivos em comum a atenção humanizada, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado materno e neonatal, com vistas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Também nesse sentido, foi elaborada pelo MS as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, baseadas nas normas do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do Sistema Público de Saúde do Reino Unido (NHS), que as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, acesso às informações baseadas em evidências e inclusão na tomada de decisões. Assim sendo, os profissionais devem estabelecer uma relação de intimidade, questionando-lhes sobre os seus desejos e expectativas (SANTOS, *et al*, 2022a; SILVA, *et al*, 2021; PILER, *et al*, 2020; ANDRADE, 2017; BRASIL, 2013).

Recentemente a Rede Cegonha foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) através da Portaria GM/MS N°2.228 de primeiro de julho de 2022, que habilita e implementa o RAMI no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e da Portaria GM/MS nº 715, de quatro de abril de 2022 que dá suas devidas atribuições, em que assegura à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, assim como ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. São princípios da Rami: a proteção e garantia dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica

e racial, a promoção da equidade, a participação e mobilização social, a integralidade da assistência e a garantia ao Planejamento familiar e sexualidade responsável. Constituem suas diretrizes a atenção segura, de qualidade e humanizada, a atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades da mulher, a garantia de acesso às ações do planejamento familiar e sexualidade responsável, a compatibilização das atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos municípios, nos estados e no Distrito Federal, o acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência materna e neonatal, a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção materna e infantil, a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle, monitoramento e avaliação da assistência materna e infantil, às práticas de gestão e de atenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e o fomento ao vínculo familiar nos cuidados do recém-nascido e da criança (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2022b).

Encontra-se em vigor, no Brasil, a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelecendo as boas práticas no parto e garantindo, às parturientes, o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, *et al*, p.4, 2021).

Para tanto, a Política Nacional de Humanização Brasileira adota a comunicação, uma ferramenta extremamente eficaz que irá auxiliar no acolhimento e na permanência, já que dessa maneira o cliente responde melhor ao tratamento. No entanto, há limitações neste método, pois não se construiu ainda uma comunicação completamente efetiva, por diversos fatores poderem causar distanciamento do vínculo entre o enfermeiro e a mulher, como o uso de tecnologias de maneira errada, erros na realização de procedimentos, questões ambientais ou até inerentes ao enfermeiro, o que contribui para a perda da humanização e integralidade do cuidado (PILER, 2018).

O uso inadequado e desnecessário de tecnologias, medicamentos e intervenções comumente levam a desfechos negativos ao longo do trabalho de parto e parto, por exemplo um estudo que entrevistou mais de 23 mil mulheres evidenciou que o uso de ocitócitos para acelerar o trabalho de parto foi uma técnica muito utilizada na rede pública e que seu uso inadequado potencializa maiores proporções de cesarianas, além de outros desfechos insatisfatórios para a mulher e recém-nascido, devendo ser utilizada com cautela e somente quando for necessário (PILER, *et al*, 2020).

Para uma assistência segura a OMS divulgou um Modelo de Cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto, visando um cuidado menos intervencionista e mais respeitoso. Um dos principais requisitos no processo de parturição está relacionado ao ambiente e infraestrutura física e ao número suficiente de profissionais qualificados que proporcionem vínculo, afeto, confiança, escuta dos desejos e necessidades da mulher, controle da dor e da ansiedade, e acompanhante de escolha da mulher, pois ele auxilia no alívio da dor por meio do toque e técnicas alternativas, na promoção da autoestima, da

autoconfiança e ainda garante o respeito a costumes e tradições, proporcionando, assim, melhora da qualidade dos cuidados prestados à mulher (CARVALHO, *et al*, 2021; MESSA, *et al*, 2020; HOLANDA, *et al*, 2018).

É parte da humanização a escolha do tipo de parto pela gestante, porém a frequência de cesarianas no Brasil vem se elevando desde a década de 90. Em 2009, a quantidade de cesarianas ultrapassou a de partos vaginais no país, atingindo mais da metade dos partos, sendo esta uma distribuição anormal e optada, na maioria dos casos, sem indicações clínicas. Isto pode ser um indicativo de uma falha na consulta de enfermagem no pré-natal, em que deveria ser feita a instrução da gestante sobre benefícios do parto normal para a saúde materno-fetal. Pode-se aproveitar a oportunidade do pré-natal para também abordar as dúvidas da gestante em relação ao trabalho de parto e explanar a respeito de seus direitos e protagonismo do parto, com a finalidade da promoção para prevenção da violência obstétrica, boas práticas à equipe de enfermagem, devendo explicar cada procedimento em um vocabulário acessível, descrever seu quadro clínico e as intervenções a serem tomadas, diminuir a realização de procedimentos invasivos e desnecessários, ouvir a paciente e proporcionar um trabalho de qualidade em equipe (TRIGUEIRO, *et al*, 2022; OLIVEIRA, 2020).

Tendo isso em vista, há gestantes que optam pelo parto domiciliar, em que ela dá à luz no conforto de sua casa. Nele o acompanhante de escolha da mulher pode desempenhar seu papel mais adequadamente, a mulher se sente menos ansiosa e estressada, tem a evolução do parto de maneira natural e sem intervenções e complicações para mãe e recém-nascido (BAGGIO, *et al*, 2022).

Apresentaram-se, entre 2011 e 2012, resultados da pesquisa Nascer no Brasil, cuja finalidade foi analisar intervenções obstétricas em gestantes de risco habitual, e foi constatado que, no pré-parto, em média de 40% receberam oxicocina e amniotomia para aceleração do parto e 30% receberam analgesia raquidiana e peridural. Utilizaram-se, sobre as intervenções durante o trabalho de parto, a posição de litotomia em 92% dos casos, a manobra de Kristeller em 37% dos casos e a episiotomia em 56% dos casos (OLIVEIRA, p.6, 2020).

Infelizmente a violência obstétrica é uma realidade e ela pode se configurar de várias formas, como pelo uso de frases ofensivas, repreensões, a não confidencialidade, a violação da privacidade e negligências aos cuidados prestados violência física, ameaças contra as mulheres e seus bebês no momento do parto, a realização de procedimentos sem o consentimento da parturiente, a exemplo da tricotomia, privação de alimento, a recusa em administrar analgésicos, administração deliberada de oxicocina, amniotomia precoce de rotina, adoção da posição supina, a orientação do puxo dirigido a parturiente no período expulsivo (manobra de Valsalva), o Kristeller e a episiotomia de rotina identificadas como práticas prejudiciais e que devem ser eliminadas ou que não devem ser estimuladas, por não existir evidências suficientes (JULIATTO, 2019).

Isto por influência do modelo obstétrico hegemônico, em que a produção de cuidados

tem similitude com o fabril: a mulher agora em trabalho de parto passou por "estações de trabalho" – pré-parto, parto, pós-parto –, e tem essa etapa final acelerada, ficando isolada de seus familiares no momento do parto, sendo assistida por pessoas desconhecidas, permanece restritas ao leito, recebendo infusão venosa de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, é mantida em jejum e tem seu períneo cortado cirurgicamente para facilitar o nascimento do recém-nascido, ou até tem a cesariana imposta (GUIDA, 2013).

Segundo dados da OMS de 2014, só no Brasil são cerca de três milhões de nascimentos por ano. Desses nascimentos, aproximadamente 98% (2.932.236 milhões) acontecem em ambiente hospitalar e 57% correspondem a parto cesáreo, sendo que estudos avaliam que taxas de cesariana acima de 25% e 30% contribuem para a mortalidade materna, perinatal ou neonatal (PLIER, 2018).

Em 2017, o Fundo das Nações Unidas para a Infância divulgou um relatório no qual o Brasil é o segundo maior país com número de cesarianas no mundo, com taxa de 57%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15% (JULIATTO, 2019).

Visando também estudar o parto e nascimento do Brasil a Fundação Oswaldo Cruz, realizou uma pesquisa de 266 maternidades (públicas, privadas ou mistas) com 500 ou mais partos por ano, representando 83% dos partos do país e 23.940 mulheres foram entrevistadas de 191 municípios entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Teve como resultados que a maioria das mulheres tem seus filhos por meio de cesarianas, 52% dos nascimentos, no setor privado esse número sobe para 88%; apenas 5% dos partos vaginais foram sem intervenção, em contrapartida, 43,1% tiveram intervenções, dentre elas parto em posição supina (91,7%), dieta zero (74,8%), episiotomia (53,5%), ocitocina sintética (36,4%), Kristeller (36,1%); 34,1% foram cesáreas eletivas (COELHO, 2019).

Na cidade de Bauru a proporção de partos naturais está em 38,13% no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2018, que apresentou uma elevação em comparação ao ano anterior, de 35,37%, indicando que as ações da Atenção Básica na assistência ao pré-natal e os grupos de gestante em parceria com a Maternidade Santa Isabel estão sendo determinantes. Juntamente com o aumento do número de partos naturais, houve uma redução na quantidade de queixas e consequente elevação da satisfação por parte das usuárias do serviço (BRASIL, 2012).

De acordo com a pesquisa mais recente da OMS (2021), o uso de cesariana continua crescendo mundialmente. As taxas mundiais de cesarianas aumentaram de cerca de 7% em 1990 para 21% hoje e estima-se que continuem a aumentar nesta década. Se essa tendência continuar, em 2030 as taxas mais altas provavelmente serão na Ásia Oriental (63%), América Latina e Caribe (54%), Ásia Ocidental (50%), Norte da África (48%) Sul da Europa (47%), Austrália e Nova Zelândia (45%), passando a representar um terço de todos os partos (29%) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2021).

E mais alarmante ainda, dados da OMS de 2018 apontam que dos 130 milhões de

nascimentos que ocorrem todos os anos, cerca de 303.000 resultam na morte da mãe, 2,6 milhões em nados-mortos e 2,7 milhões na morte de recém-nascidos nos primeiros 28 dias de vida (CARVALHO, et al, 2021).

Define-se morte materna aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após seu término. Pode ser qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas não por causas accidentais ou incidentais. Em torno de 92% das mortes maternas são por causas evitáveis e ocorrem, principalmente, por hipertensão, hemorragia ou infecções (CARVALHO, et al, p.1, 2021).

A mortalidade materna e neonatal são importantes indicadores da qualidade da assistência em saúde. Em 2007, o Brasil ocupou o 29º lugar em números de morte materna, com 77 mortes pra cada 1.000 nascimentos, e era considerado o líder mundial na realização de cesáreas. No período de 1990 a 2013, o Brasil conseguiu reduzir o número de mortes relacionadas à gravidez ou parto, diminuindo a taxa de mortalidade materna em 43%, no entanto não alcançou a meta do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que era reduzir em 75% a RMM entre 1990 e 2015. E, mesmo assim, essa mortalidade materna continua sendo elevada. Segundo o relatório Datasus, em 2010, foram reportadas 1.719 mortes maternas, sendo que no país as taxas são de 72,3 mortes maternas por 100.000. As principais causas elencadas, foram em decorrência intervenções ou omissões, correspondendo a um 66,7%, sendo as mais frequentes doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, complicações do aborto e infecções puerperais (CARVALHO, et al, 2021; MOTTA, et al, 2016).

Já sobre o perfil de óbitos neonatais brasileiros, a prematuridade associada ao baixo peso ao nascer, seguida por malformações congênitas são a principal causa de óbitos neonatais, além da asfixia intraparto. Esse aumento da prematuridade pode ser solucionado no pré-natal, pelas ações de prevenção com o controle das infecções congênitas e dos riscos na gravidez, e prematuridade iatrogênica, relacionada à interrupção indevida da gestação (PLIER, 2018).

5.2 Instrumentos utilizados para trabalho de parto e parto humanizados

A qualidade assistencial envolve a segurança da assistência, a efetividade com prática baseada em evidências, a centralidade no paciente com foco em relação às suas necessidades, valores e preferências, evitar atrasos, a eficiência com uso de recursos e equidade dos cuidados e benefícios (PLIER, et al, 2019; PLIER, 2018).

A fim de alcançar tal patamar de qualidade na atenção de saúde à parturiente, considera-se protocolos assistenciais como importantes ferramentas para o enfrentamento de problemas relacionados à prática assistencial, destacando a integração dos profissionais envolvidos, o direcionamento da assistência, e descrevendo situações específicas de cuidado, e o partograma, um traçado de representação gráfica do trabalho de parto que concebe o desencadeamento de sua evolução, permitindo a visualização das alterações no decorrer do parto. Assim, constituem relevantes instrumentos para a gestão, qualidade

e segurança, que buscam a excelência na prestação do cuidado, pois contribuem para a redução de eventos adversos, de forma dinâmica e embasada nas evidências científicas, principalmente quando associados a treinamento e formação contínua da equipe (PILER, et al, 2019; PILER, 2018).

Outro elemento importante na humanização do processo parturitivo é a elaboração do plano de parto durante o pré-natal, documento feito pela gestante, em que consta suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Nele estará especificado os acompanhantes que deseja que estejam presentes, as condições do ambiente em que será realizado o parto, os métodos para alívio da dor, o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir, a posição de expulsão do bebê, quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências (TRIGUEIRO, et al, 2022; DJASSI, 2022; FELTRIN; MANZANO; FREITAS, 2022; FERREIRA, 2022; BRASIL, 2019; SILVA, et al, 2017).

A adoção de checklists pela equipe de enfermagem promove também a segurança na atenção ao parto. Práticas recomendadas do checklist, são o controle intermitente dos batimentos cardiotetrais com Sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 minutos, a realização do toque vaginal pelo profissional a cada quatro horas, métodos para alívio da dor, ingestão de líquidos e alimentos pelas gestantes que tem baixo risco de anestesia geral, movimentação da parturiente e o uso de posições verticais ou a posição que ela preferiu, essas atividades podem ser distribuídas de acordo com a demanda de cada etapa do trabalho de parto (CARVALHO, et al, 2021; SANTANA, 2017).

5.3 Intervenções de enfermagem no trabalho de parto e parto

O primeiro estágio latente, caracterizado por contrações uterinas dolorosas e variáveis, alterações do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 5 cm. Já o primeiro estágio ativo apresenta contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical maior que 5 cm. Nesses momentos é feita a assistência de enfermagem individualizada, com orientações e técnicas de respiração e relaxamento, como ficar em posição vertical (de pé, caminhando ou sentada) ou em decúbito lateral, estas posições possibilitam maior intensidade e maior eficiência das contrações (PRATA, et al, 2022; JULIATTO, 2019).

Para o controle da dor existem diversas práticas não farmacológicas que podem ser aplicadas para deixar o momento mais suportável, como o amparo psicológico, a técnica respiratória, que auxilia no controle da ansiedade, deambular e ficar em posições verticalizadas no primeiro período de parto, a fim de reduzir as horas do trabalho de parto, uso do cavalinho, técnicas de massagem que podem ser realizadas pelo acompanhante, uso da bola suíça, para promoção do conforto, alívio da dor, a progressão do trabalho de parto e o favorecimento da posição vertical, aspersão em água quente para a diminuição do número de intervenções médicas e de traumas perineais – no que também pode auxiliar

o ensinamento da massagem perineal digital durante o período do pré-natal a partir da 34º semana de gestação –, maior liberdade de movimento na hora do parto, diminuição da dor no terceiro período e ativação de contrações uterinas mais efetivas (MONGUILHOTT, et al, 2022; SILVA, 2021).

No segundo estágio ocorre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê (inferior a duas horas em multíparas e três horas em nulíparas). Aqui a mulher pode sentir o desejo de realizar puxos antes da dilatação completa ou ela pode ainda não sentir esse desejo no momento em que dilatação completa é diagnosticada. É importante se atentar, pois quando a duração se estende muito além do padrão, a chance de parto espontâneo em um tempo razoável diminui, e a intervenção para acelerar o parto deve ser considerada. Por tanto, deve-se permitir que a mulher escolha a posição mais confortável para ela dar à luz (de cócoras, de joelhos, de quatro) orientar a parturiente a realizar o puxo seguindo seu próprio impulso, realizar técnicas para reduzir o trauma perineal, como massagem perineal, compressa quente e proteção perineal com as mãos, e monitorar de forma intermitente os batimentos cardiotéticos (BCFs) com Sonar doppler ou Pinard a cada 5 minutos (ALMEIDA, et al, 2022; PRATA, et al, 2022; JULIATTO, 2019).

Já no terceiro estágio, ou seja, no pós parto, é imprescindível o uso de uterotônicos (ocitocina, ergometrina/metilergometrina ou misoprostol) para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) e realizar a tração controlada do cordão e retardar o clampeamento do cordão, se não houver contraindicação, por pelo menos 1 minuto (JULIATTO, 2019).

Com o nascimento, é de extrema importância o enfermeiro propiciar o contato imediato do filho com a mãe, convidando o pai a participar desse processo orientando ele a levar a criança até a mãe, momento este essencial para a criação de vínculo afetivo da família que acabou de nascer, assim como a amamentação por leite materno na primeira hora de vida, ajudando a puérpera a ofertar o leite com a pega correta, de quantas em quantas horas alimentar o bebê, a posição correta para amamentar, a fim de não causar fissuras nos seios a longo prazo e promover uma alimentação adequada desse recém-nascido durante os seis meses de aleitamento materno exclusivo e também nos dois anos de aleitamento com alimentação complementar saudável (MONTEIRO, et al, 2022; SANTOS, et al, 2022b; SILVA, et al, 2022).

Diante disso, é preciso que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e capacitada, por tanto os programas de educação continuada das instituições são muito relevantes. Pontos importantes do parto humanizado, são o cuidado integral, o respeito a fisiologia do parto, a desmedicalização do processo de parto, o ato de ouvir e respeitar escolha do acompanhante, buscar diminuir o desconforto mental e físico e redução de intervenções desnecessárias que prejudicam o parto são recorrentes na literatura. Também o enfermeiro deve se atentar as necessidades psíquicas da gestante e da mulher que pariu, pois a mulher sofre com as alterações corporais e redução do autocuidado, devido a carga extra de responsabilidade, levando a uma baixa autoestima, somado a possíveis

sintomas de depressão, ansiedade e tristeza. Nesse sentido, é importante o papel desempenhado pelo enfermeiro obstetra de ouvinte e o encaminhamento dessa mulher para um acompanhamento psicológico (ALMEIDA, et al, 2022; SILVA, et al, 2022; JACOB, et al, 2022; MOURA, et al, 2020).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o cuidado é um atributo da enfermagem e de acordo com os achados desse estudo, faz-se necessário o acolhimento, avaliação, promoção de assistência centrada na parturiente, práticas baseadas em evidências científicas, oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto, contato pele a pele entre mãe e filho, apoio ao aleitamento materno logo após o nascimento, oferecimento de espaço confortável, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto.

Desta forma, é preciso que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e capacitada por meio dos programas de educação a respeito do parto humanizado, observando em sua prática a realização do cuidado integral às parturientes, ouvindo e respeitando as suas escolhas, bem como, conhecendo a fisiologia do parto e, evitando, assim, intervenções desnecessárias.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à minha família, amigos e pelos professores pelo suporte, ajuda, companheirismo e incentivo que dedicaram durante a minha jornada acadêmica.

Também à minha professora orientadora Dra. Ana Paula Ribeiro Razera por ter acreditado na presente pesquisa e ter auxiliado e orientado cada passo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, et al. Ações e atitudes das enfermeiras na abordagem das parturientes sobre tecnologias não invasivas de cuidado. **Rev. enferm. UERJ** ; 30: e65999, jan.-dez. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1393435>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ANDRADE, L.F.B. DE; RODRIGUES, Q.P.; SILVA, R.C.V. DA. Boas Práticas na Atenção Obstétrica e sua Interface com a Humanização da Assistência. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 25, p. e26442, dez. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442>. Acesso em: 17 set. 2022.

ATEM, L.M. **Cuidados e atenção à saúde mental no pré e pós-parto: representações de mães acerca da maternidade em UBS de São Paulo**. São Paulo, s.n, p.142, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391464>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BAGGIO, et al. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeira obstétrica: significados, experiências e motivação para essa escolha. **Ciênc. cuid. saúde**; 21: e57364, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1384515>. Acesso em: 21 nov. 2022.

BARROS, A. L. et al. **Processo de enfermagem**: guia para a prática. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP, 2015. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 17 set. 2022.

CARVALHO, L.S. DE et al. Aplicação De Checklist Sobre Cuidados Intraparto No Parto Normal. **Revista De Enfermagem Atual In Derme**, 95(36): 1-17, Out-Dez. 2021. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1234/1095>. Acesso em: 07 set. 2022.

COELHO, T. DA S. Análise Dos Resultados Maternos E Neonatais Associados Às Intervenções Realizadas Durante O Trabalho De Parto De Nulíparas De Baixo Custo. **Fortaleza**, abr. 2019. 155 p. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/48046>. Acesso em: 07 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 564/2017. **Dispõe sobre o novo código de ética dos profissionais de enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 06 dez 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html> Acesso em 07 abr. 2021.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAURU. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Conselho Municipal De Saúde De Bauru, Bauru-SP, 2018. Disponível em: https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_saude/ata_reuniao_cms/2019/AR;2019-03-28.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

CORDEIRO, E.L. et al. A Humanização Na Assistência Ao Parto E Ao Nascimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, 12(8): 2154-2162, ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236334/2973>. Acesso em: 07 set. 2022.

DECS. **Cuidados de Enfermagem**. Descritores em Ciências da Saúde, 01 jan. 1999b. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=9918&filter=ths_termall&q=cuidados%20de%20enfermagem. Acesso em: 07 set. 2022.

DECS. **Gestantes**. Descritores em Ciências da Saúde, 03 jul. 2002. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=37736&filter=ths_termall&q=parturientes. Acesso em: 07 set. 2022.

DECS. **Parto Humanizado**. Descritores em Ciências da Saúde, 2000. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36394&filter=ths_termall&q=humaniza%C3%A7%C3%A3o#Details. Acesso em: 07 set. 2022.

DECS. **Trabalho de Parto**. Descritores em Ciências da Saúde, 01 jan. 1999a. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=22234&filter=ths_termall&q=trabalho%20de%20parto. Acesso em: 07 set. 2022.

DJASSI, L.G.J. **Expectativa e satisfação da mulher no trabalho de parto e pós-parto**. Bragança, s.n., 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399782>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ENTRINGER, A.P. et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022517>. Acesso em: 31 out. 2022.

FELTRIN, A.F. DOS S.; MANZANO, J.P.; FREITAS, T.J.A. DE. Plano de parto no pré-natal: conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **CuidArte, Enferm** ; 16(1): 65-73, jan.-jun.2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1395474>. Acesso em: 21 nov. 2022.

FERREIRA, L.S. Empoderando pessoas grávidas de Franco da Rocha para que suas vozes sejam escutadas no processo de atualização do plano de parto. São Paulo, s.n, 92 p., 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1362353>. Acesso em: 21 nov. 2022.

HOLANDA, S.M. et al. Influência Da Participação Do Companheiro No Pré-Natal: Satisfação De Primíparas Quanto Ao Apoio No Parto. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>. Acessado 31 out. 2022.

GUIDA, N.F.B.; LIMA, G.P.V.; PEREIRA, A.L. DE F. O Ambiente De Relaxamento Para Humanização Do Cuidado Ao Parto Hospitalar. **REME rev. min. enferm**, 17(3): 531-537, jul.-set. 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n3a04.pdf>. Acesso em: 07 set. 2022.

JACOB, et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery [online]**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>. Acesso em: 21 nov. 2022.

JULIATTO, J.B. DA C.V. Atuação Da Enfermeira Obstetra Em Parto De Risco Habitual: Um Guia De Cuidados. **Curitiba**, 2019, 186p. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/71387>. Acesso em: 07 set. 2022.

LEAL, M.S. et al. Humanization Practices In The Parturitive Course From The Perspective Of Puerperae And Nurse-Midwives. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>. Acesso em: 07 set. 2022.

MARINS, R.B. et al. Tecnologias De Cuidado Para O Alívio Da Dor Na Parturião. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), 12: 275-280, jan.-dez. 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8502/pdf>. Acesso em: 07 set. 2022.

MENDES, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 17, n. 4, pp. 758-764, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MESSA, I.E. G. et al. Ações De Acompanhantes Durante O Parto: Compreensão A Partir Da Fenomenologia Social. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100355&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Pré-Natal: Manual Técnico**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 17 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Ministério da Saúde, Série A: Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Brasília-DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 31 out. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. **ICP Brasil**, ISSN 1677-7042, abr. 2022a. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-795-RAMI.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.228, de 1 de julho de 2022. **República Federativa do Brasil – Imprensa Nacional**, ISSN 1677-7042, jul. 2022b. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/08/PORTARIA-2228-RAMI.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Cegonha: Gravidez, Parto E Nascimento Com Saúde, Qualidade De Vida E Bem Estar. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto E Puerpério: Guia De Orientação Para As Secretarias Estaduais E Municipais De Saúde. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

MONGUILHOTT, *et al.* Massagem perineal pré-natal para prevenção do trauma: piloto de ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0381345>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MONTEIRO, *et al.* Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the golden. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 56: e20220015, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1394626>. Acesso em: 21 nov. 2022.

MOTTA, S.A.M.F. *et al.* Implementação Da Humanização Da Assistência Ao Parto Natural. **Rev. enferm. UFPE on line**, 10(2): 593-599, fev. 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919#:~:text=Destacaram%20%2D%20se%20pr%C3%A1ticas%20eficazes%20de,%25\)%2C%20press%C3%A3o%20do%20fundo](https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919#:~:text=Destacaram%20%2D%20se%20pr%C3%A1ticas%20eficazes%20de,%25)%2C%20press%C3%A3o%20do%20fundo). Acesso em: 07 set. 2022.

MOURA, J.W.S. DE *et al.* Humanização Do Parto Na Perspectiva Da Equipe De Enfermagem De Um Centro De Parto Normal. **Enferm. foco (Brasília)**; 11(3): 202-208, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3256/908>. Acesso em: 07 set. 2022.

PILER, A.P.. Boas Práticas Obstétricas: Guia Para Sistematização Dos Cuidados De Enfermagem No Processo De Parturição. **Curitiba**, 2018, 253 p. ilus. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/57361>. Acesso em: 07 set. 2022.

PILER, A.P. *et al.* Care In The Parturition Process From The Perspective Of Nursing Professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0214>. Acesso em: 07 set. 2022.

PILER,A.P. *et al.* Protocolo De Boas Práticas Obstétricas Para Os Cuidados De Enfermagem No Processo De Parturição. **REME rev. min. enferm**, jan.2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1254.pdf>. Acesso em: 07 set. 2022.

PRATA, et al. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 26: e20210182, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1350746>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Taxas De Cesarianas Continuam Aumentando Em Meio A Crescentes Desigualdades No Acesso, Afirma OMS. OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 10 set. 2022.

OLIVEIRA, L.L.F. DE *et al.* As Vivências De Conforto E Desconforto Da Mulher Durante O Trabalho De Parto E Parto. **Rev. enferm. UERJ**, jan.-dez. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14203/25923>. Acesso em: 07 set. 2022.

OLIVEIRA, M.R.R. DE; ELIAS, E.A.; OLIVEIRA, S.R. DE. Mulher E Parto: Significados Da Violência Obstétrica E A Abordagem De Enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996/3521>. Acesso em: 2022.

SANTANA, J.K.A, et al. A Importância da Utilização do Check-List de Parto Seguro na Redução de Riscos Obstétricos e Puerperais. **Revista CuidArte Enfermagem**, 11: (2) 300-303, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/her/sumarios/cuidarte/2017v2/300.pdf>. Acesso em: 07 set. 2022.

SANTOS, et al. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**; 27(5): 1793-1802, maio 2022a. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1374972>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SANTOS, et al. Skin-To-Skin Contact And Breastfeeding At Childbirth: Women's Desires, Expectations, And Experiences. **Revista Paulista de Pediatria [online]**, v. 40, 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SILVA, et al. Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal. **Rev. enferm. UFSM** ; 12: e22, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1372673>. Acesso em: 21 nov. 2022.

SILVA, E. DE A. et al. Conhecimento De Puérperas Sobre Boas Práticas Em Centro De Parto. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 07 set. 2022.

SILVA, E.A.L.; AMPARO, G.K.S.; SANTOS, E.B.DOS. A Formação Em Enfermagem No Ciclo Gravídico. **UFPE online**, Recife, 11(12):513944, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25192/25369>. Acesso em: 31 out. 2022.

SOARES, E. DA S. et al. A Informação De Mulheres Para Escolha Do Processo De Nascimento. **UFPE online**, v. 11, n. 12, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/109938/25510>. Acesso em: 31 out. 2022.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem**. guia prático. 3 ed. Guanabara Koogan. Rio de janeiro. 2019.

GOUVEIA, L.R. **Períodos Clínicos do Parto**. Universidade De São Paulo, 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4552044/mod_resource/content/1/Aula%20Per%C3%ADodos%20Cl%C3%C3%ADnicos.pdf. Acesso em: 17 set. 2022.

TRIGUEIRO, et al. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** ; 26: e20210036, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1346040>. Acesso em: 21 nov. 2022.

VERSIANI, C. DE C. et al. Significado de parto humanizado para gestantes. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** ; 7(1): 1927-1935, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26705>. Acesso em: 2022.

CAPÍTULO 9

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de submissão: 12/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Thauana Baldessarini

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Santo Ângelo.
<https://orcid.org/0000-0001-6746-2806>

Daiane Rodrigues da Luz

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Santo Ângelo.
<https://orcid.org/0009-0005-4962-2251>

Maria Eduarda Rosa de Lima

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Santo Ângelo.
<https://orcid.org/0000-0002-5440-5498>

Vanessa de Souza Aquino

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Santo Ângelo.
<https://orcid.org/0009-0000-2617-2810>

Andressa Rodrigues Pagno

Mestre em Gerontologia – UFSM
Docente de Ensino Superior da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus Santo Ângelo/RS.
<https://orcid.org/0000-0002-8601-0693>

Luciana Maciel Dutra

Mestre em Atenção Integral à Saúde UNIJUÍ/UNICRUZ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus Santo Ângelo/RS.
<https://orcid.org/0000-0001-8358-8222>

RESUMO: A criação do programa Estratégia de Saúde da Família representa um grande marco na história da saúde pública brasileira, pois surge com um potencial no que diz respeito ao acesso e à promoção de saúde. Suas estratégias incorporam muito além do atendimento na unidade de saúde, ele estende-se até o domicílio, escolas e possibilita iniciativas de ações em educação em saúde para toda comunidade. Nesse sentido, para um bom andamento de uma unidade de saúde, encontra-se um profissional fundamental nessa equipe, o enfermeiro. Profissional este que tem uma ampla importância, pois esse profissional muito além de realizar procedimentos de enfermagem, realiza ações promoção, gerenciamento de equipe e materiais. O presente estudo visa relatar o papel do enfermeiro em uma ESF. Foi descrito em

formato de relato de experiência e, a partir da análise das diversas facetas da Enfermeira responsável pela unidade de saúde durante o Estágio de Saúde Coletiva II do Curso de Enfermagem. Foi possível evidenciar a importância de uma formação de qualificada, pois a esse profissional cabe além de promover saúde através de ações de promoção e proteção, também realizar a gerência de uma forma harmônica, sanando as necessidades da comunidade e de toda uma equipe de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em Saúde Pública; Administração de Serviços de Saúde; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Primária.

NURSE'S ROLE ON PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: The creation of the Family Health Strategy program represents a major milestone in the history of Brazilian public health, as it emerges with a potential with regard to access and health promotion. Its strategies incorporate much more than care in the health unit, it extends to the home, schools and enables health education initiatives for the entire community. In this sense, for a good progress of a health unit, there is a fundamental professional in this team, the nurse. This professional has a broad importance, because this professional far beyond performing nursing procedures, performs promotion actions, team management and materials. The present study aims to report the role of nurses in an Family Health Strategy. It was described in an experience report format and, from the analysis of the various facets of the Nurse responsible for the health unit during the Collective Health Internship II of the Nursing Course. It was possible to highlight the importance of qualified training, since this professional is responsible not only for promoting health through promotion and protection actions, but also for managing in a harmonious way, solving the needs of the community and an entire work team.

KEYWORDS: Public Health Nursing; Health Services Administration; Nursing Care; Primary Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi concebido no Brasil em 1994, sendo caracterizado pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2009). A busca pela assistência de forma integral promove resultados de excelência, esses que são frutos de objetivos compartilhados por toda a equipe de um serviço de saúde. Portanto, as boas práticas agregam elementos que contribuem para o funcionamento e efetivo sucesso das intervenções (VIEIRA, 2019).

A partir da implantação a respeito do programa e os benefícios sociais das ESF pelo país, torna-se inerente a boa gestão de cada unidade. Tendo em vista a interdisciplinaridade como face do trabalho na estratégia, a presença do profissional enfermeiro é imprescindível, pois a ele pertence, na maioria das vezes, a gerência da unidade e a garantia de uma assistência integral aos indivíduos de uma comunidade. Esta forma garante assistência

integral no ciclo saúde-doença-saúde nas diferentes fases da vida. Além de realização de atividades em grupo, consultas individualizadas e atividades de demanda espontânea e programada (BRASIL, 2017).

E ainda, o ciclo logístico também é uma responsabilidade da Enfermagem, o qual define a obrigação do profissional de Enfermagem em gerir recursos e disponibilidades de materiais, bem como obter controle de pedidos e validades de medicações e dispositivos utilizados pela equipe. De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, privatiza ao Enfermeiro (a): coordenação do serviço e da Unidade, organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

Tendo em vista a amplitude da função do profissional enfermeiro, bem como, sua importância na equipe, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicas do curso de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde e descrever as observações acerca do papel do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por um grupo de acadêmicas do 5º semestre de graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo. O estágio faz parte do componente curricular de Saúde Coletiva II prática, sob supervisão de uma docente do curso de Enfermagem.

A atividade foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde do município de Santo Ângelo - Rio Grande do Sul no mês de maio de 2023, no período da tarde, totalizando 30h horas práticas. Onde foram executadas atividades observacionais a respeito da rotina do serviço e equipe, como consultas médicas no cuidado à gestante, resolutividade dos profissionais em turno de alta demanda e visitas domiciliares a pacientes idosos. As práticas aconteceram de forma individual ou em grupo, conforme o procedimento, e foram realizadas consultas de Enfermagem (cuidado à gestante e puérpera, à mulher em climatério, à criança e ao adolescente), exames de Papanicolau (no serviço e em uma comunidade no interior da cidade de Santo Ângelo), testes rápidos, palpação de mamas, teste do pezinho, acolhimento, administração de medicações e curativos.

3 | DISCUSSÃO E RESULTADOS

Durante o referido estágio foi possível observar autonomia do enfermeiro, bem como, ótima relação com a equipe e humanização no acolhimento dos pacientes. É de extrema importância a realização do acolhimento ao usuário do sistema, pois é nesse momento onde ocorre o primeiro contato com o paciente. Esse processo é uma etapa que

pode ser realizado em um espaço físico determinado e realizado por uma equipe designada a atender à demanda da população adscrita que vem à Unidade de Saúde para consulta, o acolhimento está ligado ao ato de acolher, ouvir, dar atenção, conhecer as necessidades de cada usuário, realizando-o com empatia, respeitando a singularidade de cada indivíduo, focando na resolução dos problemas dos usuários (PINTO, 2021).

Com isso, é necessário a qualificação dos profissionais, a fim de desenvolverem habilidades de recepcionar, escutar, dialogar, amparar, tomar decisões, orientar, entre outros. Ou seja, o acolhimento é um processo onde os trabalhadores devem buscar estabelecer uma relação acolhedora, harmoniosa e humanizada para promover a saúde individual e coletiva (FERREIRA BR *et al.*, 2018). Além disso, torna-se necessário atentar-se para a realização de um diálogo mais informal, buscando aproximação com o receptor da mensagem e compreensão plena de todos os ensinamentos, para não causar constrangimento ou dúvidas. A comunicação é um fator que irá refletir diretamente na qualidade do cuidado, para que haja uma comunicação efetiva o emissor precisa ser claro no que está transmitindo, utilizando- se de linguagem verbal e não verbal compatível com cada situação (MELO, 2022).

O profissional enfermeiro, dentro de uma Unidade Básica, realiza atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme atribuído na Portaria nº2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecido pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987. Além disso, segue às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem nº 159/1993 e nº 358/2009. (BRASIL, 2016). Nesse contexto de atribuições do profissional enfermeiro, foi possível observar e destacar o gerenciamento e planejamento da unidade, a consulta de enfermagem, a solicitação de exames complementares e prescrição de medicações (de acordo com os protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde), as atividades de educação em saúde e visitas domiciliares (BRASIL, COFEN, 2018)

Ainda, foi presenciado que o profissional atua de forma expressiva com ações voltadas à saúde feminina. Percebe-se grande confiança por parte das usuárias com o profissional da unidade.

As ações de prevenção à saúde das mulheres são regidas pelo Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, o qual contempla o pré-natal, puerpério, aleitamento materno, planejamento reprodutivo, climatério, atenção as mulheres em situação de violência doméstica e sexual, além da abordagem de problemas/queixas e a prevenção dos diversos tipos de cânceres (BRASIL, 2016). Para auxiliar nesse processo, em 1999 foi criado a Portaria nº408 a qual implementou o Sistema de Informação do Câncer do colo do útero (SISCOLO) e, em 2008, foi criado a Portaria nº779 implementando o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Ambas as portarias com o objetivo de fornecer dados relacionados a detecção precoce e confirmação diagnósticas dos cânceres (BRASIL, 2013).

O papel da enfermagem na Saúde da Mulher, assim como em outras áreas, é garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis (promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação da saúde). Nesse contexto, a consulta ginecológica serve para o enfermeiro identificar as potenciais demandas da vida sexual e reprodutiva de suas pacientes, a partir de uma entrevista (com enfoque na queixa ginecológica), do exame das mamas e do exame especular. Essa abordagem permite ao enfermeiro observar alterações, traçar diagnósticos de cuidado e adotar condutas (como orientações, prescrições de tratamento e encaminhamento de exames de acordo com sua necessidade), proporcionando uma maior qualidade de vida sexual e reprodutiva (COREN PR, 2020). Dessa forma, as estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama têm como objetivos, reduzir a sua incidência e mortalidade entre as mulheres. Diante do exposto, cabe também ao profissional da enfermagem, assim como a outros profissionais da saúde, atuar na sensibilização das mulheres para a realização do exame preventivo e do auto-exame das mamas, bem como atuar na busca ativa durante visitas domiciliares, na própria consulta de enfermagem, grupos educativos e reuniões com a comunidade (SECRETARIA DA SAÚDE, 2016).

No contexto da consulta de enfermagem, tornou-se possível perceber as diversas fases do processo sendo aplicado no referido serviço. A consulta de enfermagem está descrita na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através da promoção e prevenção de agravos à saúde, como atribuição do enfermeiro (ALMEIDA, 2019). Segundo (OLIVEIRA *et al.*, 2012) a realização da consulta de Enfermagem é uma das principais estratégias para a detecção precoce de desvios de saúde e monitoramento de medidas estabelecidas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao usuário facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas. A Consulta de Enfermagem ocorre, constantemente, entre o profissional e o cliente, na interação “olho no olho”. A comunicação é mais do que a transmissão e recepção de mensagens, envolve a relação entre o assunto e a percepção. Ressalta-se que a percepção nos capacita a entender não só o nosso mundo, mas também o mundo do paciente, sendo fundamental para a enfermeira compreender a forma como o cliente está percebendo algo que está acontecendo, e para isto deve-se envolver a escuta, o sentir, o perceber o outro que está envolvido na comunicação (SILVA, 1990).

Durante a prática foi observado o modo como a enfermeira transmite confiança na abordagem realizada durante a consulta de enfermagem, respeitando as particularidades, queixas e necessidades individuais. Ainda, desenvolve atitudes proativas que estimulam a adesão das mulheres desde as práticas preventivas até o tratamento da doença, conscientizando as mesmas sobre a necessidade dos exames e sua frequência de realização, bem como saber observar sinais de alerta que podem indicar o câncer. Bem como, organizar a rotina de trabalho de forma que toda a população que busca por atendimento seja atendida.

Outra função do enfermeiro na Atenção Primária, que se destacou, foi a de desenvolver atividades de Educação em Saúde voltadas aos estudantes da Educação Básica. O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Ministério da Saúde e Educação tem o intuito de contribuir para a formação integral de crianças e jovens da rede pública de ensino, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, planejadas de acordo com seu contexto e vulnerabilidades a serem enfrentadas (BRASIL, 2018).

Dessa forma, durante o estágio, o grupo realizou atividade de educação sexual (voltada às infecções sexualmente transmissíveis e sua prevenção), com adolescentes de uma escola pública da comunidade, onde pode-se observar a importância dessas ações para o desenvolvimento dos estudantes, que estão passando pela fase de descobertas e dúvidas. Dentro desse contexto, pode-se perceber o enfermeiro como protagonista das ações de saúde desenvolvidas no ambiente escolar, sendo o principal responsável pelo seu planejamento e execução, abordando temas como obesidade, desnutrição, acompanhamento do desenvolvimento, alimentação saudável, prática de atividade física, saúde ambiental, saúde oftalmológica, higiene bucal e saúde sexual, ao estimular, por meio de atividades lúdicas e do diálogo, o questionamento e o aprendizado de crianças e adolescentes, para torná-los conscientes em relação a hábitos saudáveis e, dessa forma, promover uma mudança em sua qualidade vida (FERNANDES *et al.*, 2022).

Outro ponto a se ressaltar é referente à visita domiciliar, a qual faz parte de um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, as quais auxiliam em uma melhor promoção da saúde, abordando o indivíduo até as famílias. A abordagem domiciliar possibilita o deslocamento do enfermeiro até a casa do cidadão, a fim de uma melhor organização das medidas para o cuidado em saúde. Atribui a compreensão e a análise de contextos específicos, pois em domicílio, algumas questões sobre o arranjo familiar se tornam explícitas. Além disso, a visita domiciliar permite o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário. Esse processo desencadeia uma relação que auxilia no compartilhamento de informações e na criação de laços de compromisso, gerando uma expansão da integralidade da atenção básica à saúde (BRASIL, 2020).

A atuação da equipe de saúde da família no domicílio propicia aos profissionais a inserção no cotidiano do paciente. A experiência de estar no lugar do outro que a visita domiciliar proporciona permite a exploração de informações e conhecimentos úteis, gerando oportunidades para que o profissional e o usuário juntos constatem as necessidades de saúde, suas causas e modos de enfrentamento (CANDATEN *et al.*, 2009; MANO, 2009). Tal visita direciona as ações em saúde que devem ser desenvolvidas e comprometidas com as reais necessidades do ser humano, a partir disto, são geradas estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados (ROMANHOLI e CYRINO, 2012).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio realizado durante a disciplina de Saúde Coletiva II e o presente relato de experiência, demonstraram aspectos fundamentais e de extrema importância referente ao papel do enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde.

Pode-se perceber a gestão do cuidado indireto, com o gerenciamento efetivo da equipe, organização da rotina de atendimento e comunicação efetiva entre os profissionais. Bem como, no cuidado direto ao paciente, desde a conduta frente ao usuário, desenvolvimento e aplicação de estratégias de promoção, prevenção e recuperação em saúde.

Foi possível perceber que o profissional realiza diversas funções dentro de uma unidade, sendo necessário ética e humanização em cada processo do cuidar, além da grande autonomia. Portanto, o enfermeiro deve ser capacitado adequadamente durante a sua formação, a fim de conseguir realizar um atendimento de qualidade e conseguir compreender todas as suas funções e a sua importância dentro do serviço de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B; BOSI,M.L.M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 25, n.5, p. 1103-1112, maio 2009. Disponível em:https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4297/1/2009_art_abbalbuquerque.pdf. Acesso em 19/06/2023.

ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. **Atuação do Enfermeiro na atenção básica de saúde.** Revista de Saúde Dom Alberto, v.4, 2019. Disponível em: <https://revista.domalberto.edu.br/reivistadesaudedomalberto/article/view/145>. Acesso em 16/06/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em 25/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 25/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do câncer: manual preliminar para apoio à implementação.** Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//sistema-informacao-cancer-manual.pdf>. Acesso em: 13/06/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Visita domiciliar:** Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>. Acesso em 16/06/2023.

BRASIL. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 24/05/2023.

BRASIL. Programa Saúde nas Escolas. Ministério da Educação, 2018. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 20/06/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 07/08/2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, 2º ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em 13/07/2023.

CANDATEN, A. E; DALEGRAVE, D.; BENACHIO, K. A.; GERMANI, A. R. M. **Visita domiciliar: uma estratégia para promover saúde na família e na comunidade.** Revista de Enfermagem. Frederico Westphalen, RS: URI- Frederico Westph, v. 4/5, n.4/5,p 119-126, 2008. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1140>>. Acesso em 05/08/23.

CAVALCANTE B.L.L; LIMA U.T.S. **Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas.** J Nurs Health, Pelotas (RS) jan/jun, v.1, n.2, p.94-103 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais/ Conselho Federal de Enfermagem – Brasília: COFEN, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Módulo 2 – Saúde da Mulher, 2020. Disponível em: <https://protocolos.corenpr.gov.br/Protocolo%202020-20%20Saude%20Mulher.pdf> Acesso em: 13/07/2023.

Ferreira BR, Silva FP, Rocha FCV, et al. **Acolhimento ao Idoso na Atenção Básica: Visão do Usuário.** RevFundCare Online. 2018. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6148/pdf_1. Acesso em: 13/07/2023.

FERNANDES, D. C. et al. **Atuação do enfermeiro frente a educação em saúde no contexto escolar,** v. 5, n. 4, p. 13377–13391, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-115>. Acesso em: 20/06/2023.

FERNANDES, S.C.F; **Percepções de liderança: o Caso dos Enfermeiros Chefes.** Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, p.67, 2019. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/61654>. Acesso em: 16/06/2023.

MANO, M. A. M. **Casa de família uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento.** Revista de Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora. v.12, n.4, p.459-67, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14453> Acesso: em 05/08/23.

OLIVEIRA, S.K.P. et al. **Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 65, n.1, p. 155-161, fev. 2012.

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. **A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer.** Interface Comunicação, Saúde, Educação Botucatu, v.16, n.42, p.693-705, 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S141432832012000300009>> Acesso: 05/08/2023.

Secretaria da Saúde. **Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde.** Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. São Paulo: SMS, 4. ed., 96 p, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ManualSaudedaMulherv302012017_8_5_2023.pdf. Acesso em: 13/07/2023.

SILVA M.J.P. **A enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente.** Rev. Paulista de Enf., v.9, n. 3, 1990. VANZIN A, S.; NERY M.E.S. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre (RS): RM e L Gráfica, 1996. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-155969>>. Acesso em: 20/06/2023.

VIEIRA, A.N.; PETRY, S.; PADILHA, M.I; **As boas práticas presentes em estudos históricos de Enfermagem e Saúde.** RevBrasEnferm 72(4):1027-33, 2019. Disponível em: SciELO - Brasil - Best Practices in HistoricalStudiesofNursingand Health (1999-2017) Best Practices in HistoricalStudiesofNursingand Health (1999-2017). Acesso em 24/05/2023.

PINTO, J.M.; PEDROSA, M.E.F.; SILVA, K.M.M.; GENER, M.E.S.; **Atribuições da Enfermagem e a Importância do Acolhimento do Enfermeiro na Atenção Básica: Uma Revisão Bibliográfica Integrativa,** JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2021. Disponível em: <https://jnt1.websitese seguro.com/index.php/JNT/article/view/997/676>. Acesso em: 01/08/2023.

MELO, J.D.S; SILVA, J.O.; NASCIMENTO, J.T.B.; SANTOS, K.R.N.; PEREIRA, E.B.F.; MARTINS, P.D.C.; SPINDOLA, C.F.L.; SILVA, V.C.A.; MENDONÇA, M.A.A.S.; CRUZ, E.L.D.; **Comunicação da Equipe de Enfermagem com foco na segurança do paciente: Revisão Integrativa.** RECISATEC, v.2, n.1, 2022. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/71/64>. Acesso em: 02/08/2023.

CAPÍTULO 10

O DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UTI: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/09/2023

Luiz Otávio Albanaz Moraes

Camila Brugnago

RESUMO: **Introdução:** Considerando a importância do processo de trabalho da enfermagem em UTI, este é caracterizado por atividades assistenciais complexas que exigem alta competência técnica e científica, e que por sua vez a tomada de decisões requer uma percepção e adoção de condutas seguras as quais envolvem diretamente a segurança do paciente. Para tanto é de suma importância o processo gerencial do enfermeiro, através do dimensionamento de enfermagem. **Problema:** Afim de compreender as vivências de enfermeiros no desenvolvimento da assistência, considera-se que a carga de trabalho de enfermagem é composta pelo tempo despendido pela equipe para realizar as atividades de sua responsabilidade, que direta ou indiretamente se relacionam ao atendimento do paciente, e que, estas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do indivíduo, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da

planta física e do perfil dos profissionais da equipe, através das evidências científicas descritas na literatura. Portanto, tem se, como questão de pesquisa: Quais os níveis de evidências científicas são encontrados na literatura acerca do dimensionamento da equipe de enfermagem em UTI? **Objetivo:** O presente artigo objetivou realizar a busca por evidências científicas, através de uma revisão integrativa de literatura, sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão Integrativa de Literatura, nas seguintes bases de dados, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED/MEDLINE). Para tanto foram utilizados os descritores: Carga de trabalho; Dimensionamento; Unidade de Terapia Intensiva. Os dados relativos aos estudos foram compilados e organizados através de planilha em um documento *Word* contendo os seguintes dados: número de ordem, base de dados, título do estudo e autores, descritores, objetivo, delineamento metodológico, resultados e principais considerações. **Resultados:** Encontrou-se

tantos estudos relevantes a temática, os quais, realizou-se na primeira etapa com a seleção de 20 artigos: título e resumo, excluindo-se estudos não relevantes a temática. Segunda etapa, foi realizado leitura na íntegra dos artigos, e, a seleção final com cinco artigos, dos quais compõe esse estudo. Destacam-se: Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde; Perspectivas de enfermagem e a campanha Enfermagem agora; O Desafio do Conhecimento — Pesquisa Qualitativa em Saúde; Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem;

PALAVRAS-CHAVE: Dimensionamento de equipe; enfermagem; enfermeiro; percepção; gerenciamento de enfermagem.

THE SIZING OF THE ICU NURSING TEAM: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Background: Considering the importance of the nursing work process in the ICU, it is characterized by complex care activities that require high technical and scientific competence, and that, in turn, decision-making requires a perception and adoption of safe behaviors which directly involve patient safety. Therefore, the nurse's management process is of paramount importance, through nursing dimensioning. Problem: In order to understand the experiences of nurses in the development of care, it is considered that the nursing workload is made up of the time spent by the team to carry out the activities under their responsibility, which are directly or indirectly related to patient care, and that these activities are influenced by the degree of dependence of the individual, the complexity of the disease, the characteristics of the institution, the work processes, the physical plant and the profile of the team's professionals, through the scientific evidence described in the literature. Therefore, as a research question, what are the levels of scientific evidence found in the literature about the dimensioning of the nursing team? Objective: This article aims to carry out the search for scientific evidence, through an integrative literature review, on the dimensioning of the nursing team. Methodology: An integrative literature review was carried out in the following databases: Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE). For that, the following descriptors will be used: Workload; Sizing; Intensive care unit. Data related to the studies will be compiled and organized through a spreadsheet in a Word document containing the following data: order number, database, study title and authors, descriptors, objective, methodological design, results and main considerations. Results: We found so many studies relevant to the topic, which were held in the first stage, title and abstract, excluding studies not relevant to the topic. Second stage, the full reading of the articles was carried out, and the final selection, which make up this study. The highlights are: Scaling of nursing staff in Health Institutions; Nursing perspectives and the Nursing Now campaign; The Challenge of Knowledge — Qualitative Health Research; Fundamentals of Nursing Research: Evidence Assessment for Nursing Practice;

KEYWORDS: Team Sizing; Nursing; Nurse; Perception; Nursing Management.

INTRODUÇÃO

A primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI), um projeto idealizado pela enfermeira britânica Florence Nightingale. Em 1854 inicia-se a Guerra da Criméia no qual a Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia. Em condições precárias de cuidados, havia uma alta mortalidade entre os soldados hospitalizados e as mortes chegaram ao índice de 40%. Foi aí que Florence e mais 38 voluntárias partiram para os Campos de Scurati, assumindo o atendimento e a mortalidade caiu para 2%.¹

A UTI é definida como área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.²

O enfermeiro intensivista tem um papel importantíssimo nas tarefas de alta complexidade, visto que trabalha constantemente na Terapia Intensiva. Dessa forma, ele é responsável por todos os colaboradores e, ainda, as técnicas utilizadas na UTI. O profissional administra os banhos, as medicações e os curativos, além de monitorar os aparelhos, diminuir e controlar as infecções hospitalares. Ele também analisa a hemodinâmica do paciente, ao mesmo tempo em que compartilha notícias com as famílias e auxilia a pessoa atendida no dia a dia.²

Sendo assim melhora a qualidade de vida do enfermo, ao desenvolver estratégias de controle infeccioso e conforto físico, mas promove uma boa organização da rotina hospitalar. Isso se reflete na saúde das famílias e da equipe médica ou colaboradora. Cabe a ele tornar o setor uma unidade de negócios, preocupando-se com aspectos de organização, gerenciamento, cultura e gestão de processos de qualidade e segurança e transformação digital.²

O dimensionamento é um método fundamentado em expressões matemáticas que se utiliza de variáveis inerentes à clientela, ao serviço de enfermagem e à organização, com amplo destaque à carga de trabalho da equipe de enfermagem em sua operacionalização.³

Em UTI, apesar de existir a necessidade de sua contínua revisão, o Nursing Activities Score (NAS) é amplamente utilizado e recomendado à mensuração da carga de trabalho da enfermagem intensivista, além de mediar o próprio dimensionamento de pessoal.⁴

No contexto de UTI, o aumento da carga de trabalho da equipe de enfermagem – comumente associado ao déficit no quadro de pessoal – têm apresentado resultados alarmantes ao cuidado dos pacientes, tais como: aumento da permanência na internação: elevação dos índices de infecções relacionadas à assistência, lesões por pressão, quedas e erros na administração de medicamentos e até mesmo a maior propensão à morte.^{5,6}

Logo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN nº 543/2017, estabelece normativas quanto ao período de tempo de cuidado e a adequada

distribuição percentual entre enfermeiros e técnicos de enfermagem para cada paciente no período de 24 horas, ancorados no cuidado mínimo necessário para a assistência segura.⁷

Sendo assim, a proporção entre profissionais e pacientes em cuidado intensivo é preconizada que seja 1,33 e a distribuição seja compatível com a demanda de trabalho, com acréscimo de 15% relativo ao Índice de Segurança Técnica (IST), intuindo coberturas para as ausências decorrentes de benefícios e absenteísmo.⁷

Para tanto, em cuidados intensivos o dimensionamento adequado é fundamental, devendo levar em consideração a carga de trabalho, mensurando o quantitativo de profissionais da equipe adequadamente dimensionada desenvolve o trabalho com qualidade, melhora a satisfação profissional e promove a segurança do paciente, reduz gastos hospitalares oriundos de complicações, beneficia os gastos com saúde aplicando os recursos humanos as reais necessidades de atendimento.⁸

O dimensionamento da equipe de enfermagem em UTI, pode subsidiar os gestores na tomada de decisão de maneira mais assertiva, a fim de buscar melhorias nas equipes proporcionando a saúde do profissional bem como a segurança do paciente. Enquanto justificativa do estudo, este emergiu da necessidade de compreender como é realizado o dimensionamento da equipe de enfermagem em ambiente de terapia intensiva adulto, e a necessidade de trabalhadores de enfermagem, por turno na UTI, de acordo com a Resolução COFEN n.º 293/2004.⁹

A fim de compreender as vivências de enfermeiros no desenvolvimento da assistência, considerar que a carga de trabalho de enfermagem é composta pelo tempo despendido pela equipe para realizar as atividades de sua responsabilidade, que direta ou indiretamente se relacionam ao atendimento do paciente, e que, estas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do indivíduo, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho, da planta física e do perfil dos profissionais da equipe, através das evidências científicas descritas na literatura. Portanto, tem se, como questão de pesquisa: *Quais os níveis de evidências científicas são encontrados na literatura acerca do dimensionamento da equipe de enfermagem em UTI?*

METODOLOGIA

O primeiro momento consistiu na realização de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), no intuito de elencar as evidências científicas, sobre o dimensionamento da equipe de enfermagem.

A revisão integrativa (RI) é um método que permite a realização da síntese do conhecimento através de um processo rigoroso e sistemático. Para tanto a condução da RI, deve pautar-se em princípios para o desenvolvimento da pesquisa preconizando o rigor metodológico.

Posteriormente foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: *Quais os níveis de*

evidências científicas são encontrados na literatura acerca do dimensionamento da equipe de enfermagem em UTI ?

Para seleção das publicações, Foi respeitados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e Medical Subject Headings (MESH) entre eles: Carga de trabalho; Dimensionamento; Unidade de Terapia Intensiva.

As fontes de acesso à literatura científica, destacaram-se as seguintes bases de dados e bibliotecas eletrônicas: Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

No entanto, para estratégia de busca nas bases de dados foram utilizados os descritores e os operadores booleanos (delimitadores) representados pelos termos *AND* e *OR*. Esses termos permitem realizar combinações entre os descritores sendo *AND* uma combinação restritiva e *OR* no intuito de localizar pesquisas indexadas do vocabulário da base com termos diferentes. Esses mesmos termos serviram de ponto de partida para a definição das estratégias de busca usadas nas demais bases.

Os critérios de inclusão abrangeram: estudo original, ou estudo de caso, de abordagem quantitativa ou qualitativa, publicado eletronicamente na íntegra, em periódico indexado, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no recorte temporal de 2010 a 2020.

Enquanto critérios de exclusão: relatos de experiência, cartas, editoriais, teses, dissertações, monografias, livros, trabalhos não relacionados com o escopo do estudo, estudos duplicados nas bases de dados pesquisadas.

Os dados relativos aos estudos foram organizados em um instrumento, contendo: ano, base de dados, título do estudo e autores, objetivo, método, resultados e principais considerações.

Por fim, é apresentado a síntese do conhecimento por meio de análise narrativa descritiva.

RESULTADOS

Após a etapa de seleção dos estudos compuseram esta revisão integrativa cinco artigos, conforme apresentados no quadro 1.

Base de Dados	Autor (s)	Título	Objetivo	Método	Principais Resultados
SCIELO Ano: 2018	ARAÚJO, Janieiry Lima de et al.	Sistema Único de Saúde e democracia: a enfermagem no contexto de crise	Discutir, tomando por referência a crise no Brasil e sua repercussão nas políticas públicas de saúde atuais, a inserção da enfermagem brasileira nesse contexto e seus modos de agir para realização do cuidado.	Reflexão	A enfermagem deve assumir seu papel político-social de forma a contribuir na construção de um Brasil melhor e mais justo, dizendo não às reformas neoliberais, bem como lutando pela garantia dos direitos já adquiridos e pela retomada da estabilidade democrática ao país
BVS 2017	BAHIA Adnelma; RODRIGUES;Ana Cecília	Gestão em saúde na unidade de terapia intensiva	Analizar o desempenho do enfermeiro frente a gestão em unidade de terapia intensiva, mantendo uma liderança para preservar a qualidade técnica do cuidar em enfermagem.	Estudo descritivo/revisões da literatura	Sobre como superar os conflitos sugerem algumas práticas como curso interno sobre gerenciamento de pessoas, almejando enfermeiros líderes, capazes de obter dos liderados um trabalho em equipe que gere resultados quantitativos e qualitativos por excelência.
Ano: 2011	BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo	O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.	Discutir o processo de revisão da literatura nos estudos organizacionais, trazendo para esse escopo metodologias de revisão da literatura de outras áreas do saber, como por exemplo, a revisão bibliográfica sistemática	Revisão integrativa	Demonstram que a revisão integrativa permite ao pesquisador aproximar-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre a sua produção científica, de forma que possa conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa nos estudos organizacionais.
Ano: 2010	INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue	Dimensio-namento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos	Analizar o dimensionamento do pessoal de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de Adultos (UTI-A) através da aplicação do Nursing Activities Score (NAS) e da Resolução COFEN n.º 293/2004.	Estudo qual-quantitativo	De acordo com os resultados, a média do NAS (697,3 pontos) aponta para alta carga de trabalho de enfermagem; a equipe de enfermagem do setor deve contar com 40 profissionais em ao invés de 28; a proporção de 35,7% de enfermeiros não corresponde com o recomendado que é de 52,5%.
Ano: 2013	NUNES, Bruna Kosar; TOMA, Edi	Dimensio-namento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score.	ropõe-se, neste estudo, analisar a carga de trabalho de enfermagem dos setores de uma unidade neonatal, através do Nursing Activities Score - NAS, e calcular o quantitativo ideal da equipe, comparando-o com a atual.	Estudo descritivo, qualitativo	O setor de baixo risco apresentou carga de trabalho de 267 medidas NAS, e defasagem de 8,8 profissionais diariamente; o médio risco, carga de 446,7, e defasagem de 22,3; o alto risco, carga de 359, e déficit de 17,9; o setor isolamento, demanda de 609, e defasagem de 18,2 e UTI, 568,6 de carga, com déficit de 16,1 funcionários

Quadro 1- Estudos que compuseram a revisão integrativa

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

DISCUSSÃO

Este estudo tratou - se de uma revisão integrativa (RI), a qual tem como objetivo a realização de uma proposta de revisão de literatura utilizada por pesquisadores de determinada área de atuação.⁹

Os autores devem dispor de um momento para a realização da revisão integrativa, pois a análise dos estudos deve minimizar a ocorrência de erros, principalmente para aqueles estudos onde os métodos não estão explicitamente descritos, porém estes erros podem ocorrer em qualquer fase do estudo e assim ficar incompletos. Por sua vez, a análise de dados é um grande desafio para o pesquisador, pois esta análise e síntese das informações de inúmeras fontes é muito complexa.¹⁰

Por meio desta RI, são discutidos os artigos os quais compunham o estudo voltado para o dimensionamento da equipe de enfermagem.

De acordo com a Resolução do COFEN nº 543/2017, estabelece normas quanto a período e tempo de cuidado adequado entre enfermeiros e técnicos de enfermagem para cada paciente conforme preconiza o dimensionamento.⁸

Nesse sentido, o processo de trabalho gerencial da enfermeira tem como intuito orientar quanto a organização do trabalho a fim de desenvolver condições para as quais a prestação do cuidado seja ele individual ou coletivo. Cabe salientar que este mesmo autor faz considerações quanto ao gerente de enfermagem uma vez que este transfere e aplica os preceitos teóricos/práticos voltados para os processos de planejamento, organização, controle e liderança, a partir de ferramentas de gerenciamento as quais permitam que os resultados sejam alcançados.¹²

Todavia, as dificuldades encontradas na gestão desempenhada pela enfermeira abrangem alguns empecilhos principalmente no que tange a falta de autonomia no trabalho, oriunda da modelo burocrático onde o poder e a autonomia eram conferidos conforme a posição ou função hierárquica a qual exercia. Ademais, a administração de enfermagem, apontam obstáculos, escassez de pessoal capacitado, além daqueles com disponibilidade a prestar assistência.

Como meio de conduzir uma gestão participativa na enfermagem, esta configura-se como uma prática gerencial mais voltada para o diálogo, a partir da busca incessante de aprendizagem comunicativa entre os gerentes e trabalhadores, de modo a aproximar o enfermeiro e o paciente a partir de uma interação profissional por meio de vínculos e do resgate do potencial cuidador.¹³

Por sua vez, o gerenciamento participativo tem como prioridade a tomada de decisões por consenso, contemplando todas as opiniões e pontos de vista dos membros da equipe de trabalho. Nesse sentido, compete ao enfermeiro buscar novas alternativas de organização do trabalho, com abertura de novos espaços para interação pessoal e também para o desenvolvimento da criatividade, valorização pessoal e profissional, priorizando pela

humanização nas relações interprofissionais e com aquelas que envolvem o paciente.¹³

A aplicação do instrumento de medicação da carga de trabalho (NAS) na UTI neonatal, mostrou que em todos os setores apresentaram excesso de carga de trabalho, ocasionado pelo número inadequado de colaboradores e devido a imensa demanda de cuidados, onde as horas de assistência demonstraram-se superiores a aquelas preconizadas pela legislação, nesse sentido é fundamental que a carga de trabalho esteja alinhada com o número suficiente de profissionais preconizados pela legislação.¹⁴

Em um estudo realizado por Inoue e Matsuda¹¹ acerca do dimensionamento da equipe de enfermagem em uma UTI adulto condiz com o dimensionamento preconizado, porém alguns aspectos necessitam ser considerados, um deles é a substituição dos auxiliares de enfermagem pela equipe de nível técnico de enfermagem, uma vez que é imprescindível a qualificação para prestar cuidados aos pacientes extremamente graves onde demandam de cuidados de alta complexidade.

Outro aspecto importante está relacionado ao trabalho noturno, porém não considerado no dimensionamento do COFEN, onde deveria haver três equipes noturnas quesito fundamental para a qualidade do cuidado o qual influencia diretamente na saúde dos profissionais, também se faz necessário dimensionar a equipe adequadamente em períodos de férias, abonos e licenças especiais, pois é um período em que acarreta em maior quantitativo de ausências na maioria das instituições brasileiras quando regidas pelo Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Por fim é importante considerar o uso do IST local, uma vez que a resolução do Cofen estabelece que este não deve ser menor que 15%, distribuídos em 8,33% para cobertura de ausências por benefícios e 6,67% para cobertura de absenteísmo. Nesse sentido é fundamental propor ações as quais favoreçam o dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem, no intuito de melhorar as condições de trabalho e promoção e manutenção quanto a qualidade do cuidado prestado.¹²

CONSIDERAÇÕES

O profissional enfermeiro possui qualificação e liderança frente à gestão da equipe de enfermagem, sendo este gestor o mediador de: problemas emocionais, dimensionamento da equipe de enfermagem, gestão de pessoas, leitos, insumos, estruturais e financeiros.

Para tal, foi de grande valia o aprofundamento desta temática, pois este conteúdo propicia ao profissional enfermeiro o primeiro passo para a sistematização da assistência de enfermagem com vistas à segurança do paciente.

Deste modo, houve o aprimoramento de conteúdo com ênfase no processo de gestão utilizando como ferramenta o dimensionamento da equipe de enfermagem conforme preconizado pelo Cofen.

REFERÊNCIAS

1. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. História das UTIs. 2021. Acesso em: 18 mai. 2021.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA – Sobrati, 2021. Disponível em: <http://www.sobrati.com.br/> Acesso em: 18 mai. 2021.
3. MALTA, Mônica Alexandre; NISHIDE, Vera Médice. Hospital Virtual Brasileiro. 2020. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/uti-retrosp.htm> Acesso em: 18 mai. 2021.
4. TRETENE, Armando dos Santos *et al.* Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia semi-intensiva Especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 958-963, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KFBWzv9kvZwmRzWqLd3jtNp/abstract/?lang=pt> Acesso em: 10 nov. 2021.
5. FERREIRA, Patrícia Cabral *et al.* Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/10461> Acesso em: 10 nov. 2021.
6. OLIVEIRA, Andrea Carvalho de; GARCIA, Paulo Carlos; NOGUEIRA, Lilia de Souza. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos em terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0683-0694, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/sm4GVZsLTQxW8zt6G5H6xTJ/abstract/?lang=en> Acesso em: 10 nov. 2021.
7. NEURAZ, Antoine *et al.* A mortalidade dos pacientes está associada aos recursos da equipe e à carga de trabalho na UTI: um estudo observacional multicêntrico. **Medicina intensiva**, v. 43, n. 8, pág. 1587-1594, 2015. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/fulltext/2015/08000/Patient_Mortality_Is_Associated_With_Staff.5.aspx Acesso em: 10 nov. 2021.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 543**, 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 18 mai. 2021.
9. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para uma incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=html> Acesso em: 20 mai. 2021.
10. BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; · MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. · Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2018. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220> . Acesso em: 20 mai. 2021.
11. WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. A revisão integrativa: metodologia atualizada. **Jornal de enfermagem avançada**, v. 52, n. 5, pág. 546-553, 2005. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> . Acesso em: 20 mai. 2021.

12. INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46870> Acesso em: 10 nov. 2021.

13. BAHIA, Adnelma; RODRIGUES, Ana Cecília. **Gestão Em Saúde Na Unidade De Terapia Intensiva**. 2009.

14. NUNES, Bruna Kosar; TOME, Edi. Avaliação da equipe de enfermagem de uma unidade neonatal: aplicação do Nursing Activities Score. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, pág. 348-355, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Xmym97qywgW7qdSHSKjhN3L/abstract/?lang=en&format=html> Acesso em: 10 nov. 2021.

CAPÍTULO 11

SEGURANÇA DO PACIENTE: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PRÁTICA SEGURA EM ENFERMAGEM

Data de submissão: 03/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Andrea dos Santos Albuquerque Van-Dúnem

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem. Especialista em Cardiologia pela Faculdade de Medicina de São Paulo. Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba.
<http://lattes.cnpq.br/5039670614450408>

Graduação em Enfermagem na Faculdade Estácio de Carapicuíba. Docente no Centro Universitário Estácio São Paulo. Diretor Executivo no Instituto Enfservic. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE.
<http://lattes.cnpq.br/8912008641767629>

Fabiana Lopes Pereira Santana

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem. Especialista em Docência em Enfermagem; Enfermagem Neonatal e Gerenciamento em Enfermagem. Preceptora de Atividades Práticas em Enfermagem na Universidade São Judas. Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba.
<http://lattes.cnpq.br/0892814982829343>

Amanda de Cássia Costa de Oliveira

Enfermeira. Mestranda em Gerontologia. Especialista em Enfermagem em Estética; Enfermagem em Pediatria e Saúde Mental; Enfermagem em Gerontologia; Enfermagem Dermatológica e Docência no Ensino Médio, Técnico e Superior para Enfermeiros. Conselheira Suplemente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Saúde Estética (SOBESE). Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba.
<http://lattes.cnpq.br/4566145623466051>

Liana Richelma Lima Leme

Enfermeira. Mestrado em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente na Universidade de Guarulhos; Faculdades Integradas de Ciências e Saúde e Educação de Guarulhos; Faculdade Estácio de Carapicuíba.
<http://lattes.cnpq.br/1177759326926904>

RESUMO: A terapia intravenosa por dispositivos periférico são tecnologias empregadas na assistência em paciente internados em Unidades Hospitalares; a vulnerabilidade das condições de saúde do indivíduo internado atrelado a necessidade de instituir uma terapia medicamentosa,

Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermeiro. Escritor. Editor Científico. Mestrado em Terapia Intensiva. Coordenador e Docente de Curso de

contribui para o aparecimento de eventos adversos relacionado a instalação do cateter intravenoso periférico, nomeadamente na literatura os autores descrevem os eventos adversos relacionado ao uso do dispositivo intravenoso: o extravasamento, infiltração, perda accidental e flebite. O reconhecimento dos fatores de risco no desenvolvimento dos eventos adversos durante a instalação dos dispositivos intravenosos, manutenção do dispositivo durante a terapia intravenosa, contribui para medidas eficazes em relação a prevenção livre de danos e agravos a saúde durante a internação. Analisar os fatores de riscos presentes no desenvolvimento da flebite relacionado ao uso do cateter venoso periférico na população adulta internada em Unidade Hospitalar. Revisão Narrativa da Literatura, foram consultadas bases de dados eletrônicas Pubmed, LILACS e a literatura cinzenta por meio do Google Acadêmico e Catálogo de Teses & Dissertações - CAPES até julho de 2023; apenas estudos primários foram selecionados. O estudo incluiu 3 estudos primários: (1) pesquisa quantitativa, exploratório-descritivo, retrospectiva e documental; (2) ensaio clínico randomizado e (3) estudo de coorte. Os estudos identificaram os fatores de risco no desenvolvimento da flebite em paciente hospitalizados em uso de cateter venoso periférico; no primeiro estudo pesquisa quantitativa, os dados revelaram o aparecimento da flebite nos dispositivos com tempo inferior a 24 horas, quanto a classificação em grau 2 (45,8%), relacionado a infusão de antibióticos (46,7%); no segundo estudo o ensaio clínico randomizado, identificam os fatores de risco: período da internação compreendido entre 10 -19 dias e 20 a 29 dias, uso de antimicrobiano e soluções e plano de soro. O terceiro estudo incluído neste estudo os autores, descreve os fatores de risco para o desenvolvimento da flebite pós transfusional: tempo de permanência superior a 72 horas, punção no antebraço e o uso de antibioticoterapia. A terapia intravenosa por dispositivo periférico é considerada uma alternativa de administração de medicamento, amplamente implementada nas unidades hospitalares, sendo, portanto, indispensável o conhecimento dos fatores de riscos que favorecem o aparecimento dos eventos adversos quanto ao uso de cateteres venosos periféricos, a flebite é considerada um evento adverso.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Flebite; Enfermagem

PATIENT SAFETY CONTRIBUTIONS TO A SAFE NURSING PRACTICE

ABSTRACT: Intravenous therapy by peripheral devices are tecnologies used in the care of patients admitted to Hospital Units; the vulnerability of the hospitalized individual's health conditons linked to the need to institute drug therapy, contributes to the appearance of adverse events related to the installaton of the peripheral intravenous catheter, namely in the literature the authours describe the adverse events related to the use of the intravenous devide: the extravasation, infiltration, accidental loss and phlebilis. The recognition of risk factors in the development of adverse events during the installation of intravenous devices, maintenance of teh device during intravenous therapy, contributes to effective measures in relation to prevention Free of damage and health problems during hospitalization. To analyze the risk factors present in the development of phlebitis related to the use of a peripheral venous cateter in the adult population admitted to a Hospital Unit. Narrative Literature Review, electronic databases Pubmed, LILACS and gray literature were consulted through Google Scholar and Catalog of Theses & Dissertations - CAPES until Jully 2023; only primary studies were selected. The study included 3 primary studies: (1) quantitative, exploratory - descriptive,

retrospective and documentary research; (2) randomized clinical trial and (3) cohort study. Studies have identified risk factors for the development of phlebitis in hospitalized patients using a peripheral venous catheter; in the first quantitative research studies, the data revealed the appearance of phlebitis in device with a time of less than 24 hours, regarding the classification in grade 2 (45,8%), related to the infusion of antibiotics (46,7%); in the second study; the randomized clinical trial, the risk factors were identified: hospitalization period between 10 -19 days and 20 to 29 days, use of antimicrobials and solutions and serum plan. The third study included in this study by the authors describes the risk factors for the development of post-transfusion phlebitis: length of stay longer than 72 hours, puncture in the forearm and use of antibiotic therapy. Conclusion: Intravenous therapy through a peripheral device is considered an alternative drug administration, widely implemented in hospital units, therefore, it is essential to know the risk factors that favor the appearance of adverse events, regarding the use of peripheral venous catheters, phlebitis is considered an adverse event.

KEYWORDS: Patient Safety; Phlebitis; Nursing.

INTRODUÇÃO

Segurança do paciente e qualidade do cuidado são considerados uma questão de prioridade no âmbito nacional e internacional¹. Em 1999 foi publicado relatório da IOM (Instituto de Medicina), que é intitulado “To err is human” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) revelando que 44.000 entre 98.000 americanos morreram anualmente por erros médicos e assistenciais a saúde e desde então, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação e prioridade mundial a partir dos dados revelados^{1,2}.

Os dados revelaram a urgência em reestruturar as diretrizes assistenciais mundialmente; promovendo uma assistência segura e de qualidade. A ocorrência de eventos adversos aumenta o tempo de internação e consequente leva a graves prejuízos econômicos. Como exemplo nos Estados Unidos da América (EUA) estimam cerca 17 a 29 bilhões gastos anualmente referentes à ocorrência de Evento Adverso (EA)³.

A ocorrência dos EAs é definida como qualquer ocorrência clínica desfavorável que possa acometer o paciente durante o período de tratamento, não atribuídas à evolução natural da doença de base⁴. Desse modo, seu conceito é amplo e pode ser reconhecida como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 4,0% e 16% das hospitalizações em países desenvolvidos, dentre os quais 60% podem ser preveníveis^{4,5}.

Os EAs são considerados a 14º principal causa de morbidade e mortalidade mundial e atualmente é considerado uma questão de saúde pública, pois a probabilidade de um paciente morrer em decorrência de um EA é quarenta vezes maior do que um acidente de trânsito no Brasil. Os EAs são descritos como uma lesão não intencional que resulte em incapacidade temporária ou permanente ou aumento do tempo de permanência ou morte como consequência de um cuidado de saúde prestado⁶.

Todo procedimento assistencial envolve um risco de evoluir para um EA, sendo eles classificados em eventos adversos infecciosos, correspondendo as Infecções

Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) que correspondem as infecções cuja aquisição está relacionada a um procedimento assistencial ou hospitalização e Eventos Adversos Não Infecciosos, sendo os Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde, correspondendo a troca do local do procedimento cirúrgico, relacionada à medicação, quedas ou falha na identificação⁷.

Com a finalidade de guiar as boas práticas clínicas e assistenciais, objetivando à redução de riscos e EA em serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com a Joint Commission International (JCI) em 2011 lançou as Metas Internacionais de segurança do Paciente, que abarcam: 1) Identificar o paciente corretamente; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5) Reduzir o risco de IRAS; e 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas^{8,9}.

A terapia intravenosa é considerada uma das vias de administração de medicamentos comumente utilizadas no ambiente hospitalar, por meio da inserção dos cateteres venosos periféricos. A maioria dos cateteres são removidos devido a ocorrência de complicações, fim do tratamento ou ausência do uso¹⁰.

Entre os eventos adversos descritos na literatura relacionado ao uso de cateter periférico são: flebite, obstrução, infiltração, extravasamento e remoção acidental. Dentre os EA evitáveis, a flebite ocorre entre 20 e 70% dos pacientes que estão em terapia intravenosa (TIV), sendo declarada pela Infusion Nursing Society a taxa aceitável, para a ocorrência desse EA, de 5% ou menos¹¹.

Nesta perspectiva, objetivamos responder neste estudo a seguinte pergunta de pesquisa: Quais são os fatores de riscos que favorecem o desenvolvimento da flebite relacionado ao uso do cateter venoso periférico na população adulta internada em Unidade Hospitalar.

OBJETIVO

Analisar os fatores de riscos presentes no desenvolvimento da flebite relacionado ao uso do cateter venoso periférico na população adulta internada em Unidade Hospitalar.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, foram consultadas as bases de dados eletrônicas National Center for Biotechnology Information (NCBI/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a literatura cinzenta foi rastreada por meio da base Google Acadêmico e Catálogo de Teses & Dissertações - CAPES até julho de 2023. Não houve restrição de idioma, apenas estudos primários foram

selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A flebite é um EA evitável e imprescindível, a implantação de estratégias de prevenção e o conhecimento dos fatores de risco com o objetivo de reduzir a sua ocorrência, garantindo um cuidado seguro e livre de dano. Uma pesquisa quantitativa, exploratório-descritiva, retrospectiva e documental, analisou quais as causas e os motivos associados à ocorrência de flebite na Unidade de Internação Clínica (UIC) de um hospital geral, de grande porte e privado¹².

Em 2017 ocorreram 3.028 internações na UIC, sendo notificadas 107 flebites associadas a 96 pacientes, a maioria (91,7%) acometida por uma flebite, que a maioria (53,1%) dos pacientes era do sexo masculino, na faixa etária de 60-69 anos (23,0%) e com tempo de permanência inferior a quatro dias (30,2%)¹².

As hipóteses diagnósticas médicas dos 96 pacientes foram agrupadas em categorias, a maioria, 70,8%, estava internada por afecções infecciosas; seguida por 16,6% por afecções do sistema nervoso central e periférico; 9,4% por afecções do aparelho digestivo. Entre as doenças pré-existentes destacaram-se: hipertensão arterial sistêmica – HAS (22,9%), diabetes mellitus – DM (15,6%) e dislipidemia (12,5%)¹².

Os principais resultados obtidos neste estudo foram a ocorrência de flebite nos dispositivos com tempo inferior a 24h (38,3%), da classificação em grau 2 (45,8%), da infusão de antibióticos (46,7%), da localização do leito distante do posto de enfermagem (52,3%) e da presença de acompanhante (82,2%). A classificação de dano causado pela flebite indicou que 93,5% dos pacientes sofreram danos leves; 4,7%, danos moderados; 1,9% não sofreram danos. Um aspecto limitante do estudo decorreu de que 20,45% das notificações não possuíam registros sobre os procedimentos adotados na vigência da flebite¹².

Um outro estudo realizado no Brasil em 2016, ensaio clínico randomizado, os autores os identificam os fatores de risco para o desenvolvimento de flebite, principais resultados obtidos: período de internação, entre 10 – 19 dias e 20 a 29 dias, uso de antimicrobiano, maneira que a infusão de soluções e plano de soro; tempo de permanência superior 72 horas. Nestes estudos os autores descrevem que os cateteres punctionados na fossa anticubital e ante braços são menos propensos em comparação dorso da mão relacionado ao aparecimento do quadro da flebite¹³.

No terceiro, trata-se de um estudo de coorte, realizado no Brasil em 2016, com objetivo de investigar a incidência de flebite e a associação dos fatores de risco com a sua ocorrência durante o uso e após a retirada cateter intravenoso periférico (CIP); em adultos hospitalizados, foram acompanharam 171 pacientes com uso de cateter periférico, os fatores de risco identificados foram: tempo de permanência superior de 72 horas e

com a flebite pós-infusão, com punção em antebraço. Quanto ao uso de medicamentos: a Ceftriaxona (n=7; 25%), a Claritromicina (n =7; 28%) e a Oxacilina (n = 6; 46,2%) mostraram-se associados com a flebite pós-infusão ($p = 0,033$; $p = 0,014$ e $p \leq 0,001$, respectivamente¹³.

É recomendado aos profissionais a priorizarem a avaliação dos pacientes e o conhecimento das propriedades do fármaco que será infundido, como no caso de medicamentos irritantes e vesicantes¹⁴. Os estudos identificaram os fatores de risco no desenvolvimento de flebite durante a terapia medicamentosa associado, ao uso de cateter venoso periférico, contribuindo com o conhecimento dos fatores no desenvolvimento do quadro de flebite na população adulta hospitalizada.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou a análise dos fatores de risco no desenvolvimento de flebite em pacientes adultos internados em Unidade Hospitalares.

A avaliação minuciosa dos fatores de risco em pacientes internados, possibilita uma assistencial segura e de qualidade; a falha no reconhecimento dos fatores de riscos no desenvolvimento da flebite compromete as condições de saúde, propiciando outros agravos e o aumento consideravelmente dos custos com a internação; o estudo objetivou contribuir no reconhecimento dos fatores de riscos e desta forma contribuir para o delineamento de diretrizes de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Seiffert LS, Wolff JDG, Ferreira MMF, Cruz EDA, Silvestre AL. “Indicadores de efetividade da assistência de enfermagem na dimensão segurança do paciente. Rev. Bras. Enferm. 2020; 73(3):1-8.
2. WHO Patient Safety. Forward programme, 2006-2007 / World Alliance for Patient Safety. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69349>>.
3. Moura MLO, Mendes W. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. National School Of Public Health, Rio de Janeiro. 2012; 15(3):523-35.
4. Gallotti RMD. Bioética eventos adversos – o que são? Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2):109-2.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde. 2014; 40.
6. Capucho HC. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? Carta ao Editor. Rev. Latino-Am. 2023; 19(5).
7. Zambon, LS. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina. 2014.

8. Donahue KT, Vanostenberg P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *International journal for quality in health care*. 2000; 12(3):243-246.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan: normas e rotinas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006; 80.
10. Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford EG, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014; 35(1):63-8.
11. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs*. 2011; 34(1S).
12. Furlan, MS; Lima AFC. Avaliação da ocorrência do evento adverso flebite em pacientes de uma Unidade de Internação Clínica. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:e03755.
13. Johann DA, Danski MTR, Vayego AS, Barbosa DA, Lind J. Fatores de risco para complicações no cateter periférico em adultos: análise secundária de ensaio clínico randomizado. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016; 24:e2833.
14. Gorski LA. The 2016 Infusion therapy standards of practice. *Home Healthc Now*. 2017; 35(1):10-8.

CAPÍTULO 12

FATORES QUE INFLUENCIAM A HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/09/2023

Amanda de Cassia Costa de Oliveira

Enfermeira. Mestranda em Gerontologia; Especialista em Enfermagem em Estética; Enfermagem em Pediatria e Saúde Mental; Enfermagem em Gerontologia; Enfermagem Dermatológica e Docência no Ensino Médio, Técnico e Superior para Enfermeiros. Conselheira Suplementar da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Saúde Estética (SOBESE). Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba; e Universidade Anhanguera de Osasco.

Andrea dos Santos Albuquerque Van Dúnem

Fabiana Lopes Pereira Santana

Liana Richelma Lima Leme

Luiz Faustino dos Santos Maia

RESUMO: Os serviços de urgência e emergência crescem a cada dia mais não apenas pela transição demográfica, mas por políticas de acesso a saúde que tem intensificado sua estrutura. Porém os usuários estão cada vez mais exigentes e a estrutura de atendimento tem crescido no sentido de atender a demanda com qualidade. A humanização nesse

atendimento também é uma prática que veio juntamente com a Política Nacional de Humanização (PNH) a fim de trazer ambientes acolhedores, com escuta ativa e um cuidado integralizado visando a autonomia dos pacientes. O objetivo desse estudo foi identificar na literatura os fatores que influenciam a humanização nos serviços de Urgência e Emergência. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica em um corte temporal de 2017 a 2022 nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os serviços de urgência e emergência apresentam uma demanda espontânea que não se pode controlar diretamente e que necessita que os profissionais estejam sempre prontos a receber os pacientes pensando sempre no tempo resposta que será primordial para a evolução positiva do seu agravo de saúde. O estudo evidenciou que nas unidades de urgência e emergência o enfermeiro se destaca como o profissional que tem competências para realizar uma escuta ativa, com acolhimento, julgamento clínico e resolutividade. A classificação de risco foi a metodologia que mais se adequa a esse processo de atendimento e que fornece um cuidado universalizado e com equidade, onde o tempo e os sinais clínicos

são considerados para o atendimento ao cliente.

PALAVRAS-CHAVE: humanização, urgência e emergência, classificação de risco, serviços de saúde.

ABSTRACT: Urgent and emergency services are growing every day, not only because of the demographic transition, but because of health access policies that have intensified their structure. However, users are increasingly demanding and the service structure has grown in order to meet the demand with quality. The humanization in this service is also a practice that came together with the National Humanization Policy (PNH) in order to bring welcoming environments, with active listening and comprehensive care aimed at the autonomy of patients. The objective of this study was to identify in the literature the factors that influence the humanization in Urgency and Emergency services. The methodology used was the bibliographic review in a time cut from 2017 to 2022 in the Scielo databases (Scientific Electronic Library Online), Virtual Health Library (BVS). Urgency and emergency services present a spontaneous demand that cannot be directly controlled and that requires professionals to be always ready to receive patients, always thinking about the response time, which will be essential for the positive evolution of their health problem. The study showed that in the urgency and emergency units, the nurse stands out as the professional who has the skills to carry out an active listening, with acceptance, clinical judgment and problem-solving ability. Risk classification was the methodology that best suited this care process and provides universalized and equitable care, where time and clinical signs are considered for customer service.

KEYWORDS: humanization, urgency and emergency, risk classification, health services.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência (SUE) são essenciais na assistência em saúde, de característica específica necessita de profissionais capacitados sendo assim considerados serviços abertos no Sistema Único de Saúde (SUS). O cuidar em situações de urgência e emergência vão além do saber técnico científico, pois necessitam de uma reflexão ética e humana, respeitando a integridade da pessoa humana e a ética da vida (ANTUNES *et al.*, 2018).

Em situações de urgência ou emergência onde é necessária a tomada de decisão, prontidão, destreza, habilidade em consonância com momentos elevados de estresse ou atendimento a uma população específica, faz oportuno que se reforce ainda mais a necessidade de humanização neste setor, pois um atendimento mal sucedido pode acarretar gastos, provocar a descontinuidade da assistência, agravar as situações e vir a se tornar ineficaz, ocasionando não apenas traumas físicos como também sociais e psicológicos na população (ANTUNES *et al.*, 2018).

Decidir sobre o curso de vida de um paciente e realizar uma assistência humanizada são dificuldades muitas vezes justificadas pelo tempo em que o atendimento deve ser realizado e o local, tornando o ambiente emergencial hostil devido a mecanicidade que

algumas situações exigem. A partir destas falhas é necessária uma visão ampliada sobre o contexto humanístico e ético podendo ser adotada em práticas de educação permanente voltadas a humanização da assistência prestada (ANTUNES et al., 2018).

O processo de trabalho nesse segmento é dinâmico e heterogêneo, ele envolve ações que podem comprometer a integridade e a saúde do trabalhador, favorecendo a exposição aos riscos ocupacionais gerando o comprometimento tanto o profissional quanto a efetividade da assistência prestada (PERBONI et al., 2019).

No início do século XXI o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS; se caracterizando em um eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal objetivo a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. Segundo a PNH, a humanização envolve os diferentes atores do processo de cuidar, onde são norteados por valores tais como: autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculo solidário e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2021).

A PNH é uma política pública transversal que se identifica com um processo de trabalho em saúde de ações integrais, englobando assistência e gestão, garantindo o protagonismo dos sujeitos e coletivos, passando pela oferta de serviços, tecnologias de cuidados indo até a construção de ambientes seguros, harmoniosos e que ofereçam conforto e bem-estar aos usuários (BRASIL, 2021).

Diante da importância desta temática e considerando a necessidade do aperfeiçoamento do serviço humanizado voltado para os pacientes atendidos no setor de emergência e urgência, o objetivo deste trabalho foi identificar na literatura os fatores que influenciam a humanização nos serviços de Urgência e Emergência e para tal foi realizada uma pesquisa bibliográfica em um corte temporal de 2017 a 2022 nas bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Com um olhar humanizado da assistência, o paciente deve ser compreendido pela enfermagem em sua totalidade, porém essa prática ainda é um desafio pois diversos fatores podem interferir e assim esse estudo tem relevância porque é necessário que pesquisas nesse âmbito sejam realizadas e que os resultados apresentados possam servir para se implementar estratégias e ações que favoreça um cenário humanizado.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

De acordo com a Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019, publicada no diário oficial da união; a saúde é uma concessão a todas as pessoas e incumbência do Estado, que é considerado uma vitória para todos que vivem no Brasil. A partir de 1988 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), surge a proposta da universalidade,

a integralidade e a equidade, no atendimento à saúde, com ações não apenas curativas, mas com o olhar na prevenção e promoção da saúde voltada a um sistema de qualidade de vida (BRASIL, 2021)

A humanização está diretamente ligada ao processo de cuidar, que traz como finalidade ações voltadas aos trabalhadores atuantes na saúde para que possam construir valores humanos capazes de reaver a dignidade e autonomia dos indivíduos que estão sendo assistidos. Para Rios (2018) em uma análise ética, a humanização diz respeito à “reflexão crítica que cada profissional da saúde, tem o dever de praticar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores”.

A evolução da humanização no Brasil se deu no final do século passado com a introdução da humanização no sistema psiquiátrico e na saúde da mulher, pois quando se referia ao parto e puerpério, a realidade na área da saúde até então era focada na doença e na situação, começou a se transformar. Desde então, as instituições, os estados e governo vem implantando intervenções e métodos que tornem a assistência mais humanizada, seja por meio de práticas lúdicas, até na criação de projetos de leis que colaboram no desenvolvimento de um processo bioético de atendimento ao indivíduo (FREITAS *et al.*, 2018).

Na década de 90, em conjunto ao início do Sistema Único de Saúde (SUS), foi incorporada a humanização, que trouxe em seu bojo os princípios de aprimoramento dos serviços, eficácia e eficiência, já presentes na década anterior, inserindo também a equidade, qualidade na assistência, autonomia e satisfação dos usuários (FREITAS *et al.*, 2018).

A humanização como estratégia de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade de saúde, vai ao encontro dos princípios do SUS, ao enfatizar a necessidade de se assegurar atenção integral à população, bem como estratégias que ampliem condições de direitos e de cidadania dos indivíduos (SOARES *et al.*, 2022).

A humanização do cliente está incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 que garante a todos o acesso à assistência à saúde de forma resolutiva, igualitária e integral. Em 2001 o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Nacional De Humanização da Assistência Hospitalar, atendendo ao sistema bem como aos hospitais e comunidade. E diante dessa nova visão também surgiu o desafio de valorizar o ser humano, qualificando os hospitais públicos, transformando-os em organizações modernas, solidárias, com vistas a atingir as expectativas dos gestores e da comunidade (SOUSA *et al.*, 2019).

Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização do SUS, então chamada de Humaniza SUS. Essa política visa atingir todos os níveis de atenção à saúde, entendendo a humanização como uma transformação cultural, em que associa o acolhimento com a classificação de risco, conforme o grau de sofrimento, potencial de risco de vida ou agravos à saúde (SOUSA *et al.*, 2019).

Criada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização, tida como Humaniza-SUS (PNH), define humanização como:

A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde nos últimos anos vem apostado significativamente na melhoria de qualidade e da eficiência do Sistema Único de Saúde, e sua maior estratégia está no investimento de equipamentos, tecnologias e na recuperação física de hospitais, mas também empreendendo esforços para imprimir uma maior qualidade no gerenciamento das instituições e no atendimento à população. O aprimoramento tecnológico certamente terá seu impacto minimizado se for acompanhado por um correspondente avanço na construção de relações humanas no trabalho e atendimento em saúde, pauta em um padrão ético de respeito, solidariedade e dignidade (MENEZES, SANTOS, 2017).

Para isto, torna-se fundamental a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção da gestão do cuidado, através de rodas de conversa, movimentos sociais entre outras ações, pois com isto é possível reinventar os processos de trabalho e que todos sejam agentes ativos destas mudanças nos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Humanizar se caracteriza pela inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado de forma coletiva e compartilhada, excluindo relações de poder hierarquizadas, estimulando assim a autonomia das pessoas envolvidas. (BRASIL, 2017).

A PNH deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS e para isto conta com algumas ferramentas como: o Acolhimento onde se faz necessário uma escuta qualificada para sustentar as relações baseadas em confiança e compromisso entre equipe, serviços, usuários e populações. E a Ambiência onde se criam espaços saudáveis para que estes vínculos aconteçam de forma eficaz. (BRASIL, 2017).

A PNH conta ainda como ferramenta para a prática da humanização a Rede Humaniza SUS, onde se torna um portal com a produção e difusão de informações sobre a humanização através de relatos de experiências, desafios, entre outros recursos para profissionais, estudantes de saúde ou outras áreas (BRASIL, 2017).

A PNH tem por objetivo incentivar a comunicação e a boa relação entre a gestão dos serviços, os trabalhadores e usuários, trabalhando para a redução de atitudes e práticas insensibilizadas e pouco humanas, garantindo assim que o coletivo e os sujeitos obtenham seu protagonismo, prezando pela segurança, harmonia e conforto nos ambientes de saúde (FERREIRA *et al.*, 2021).

É importante ressaltar que humanizar implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado, além disso, a arquitetura, o

acabamento, as dimensões, as salas de estar das unidades de serviços são alguns itens importantes no que diz respeito a ambiência no sentido de oferecer um ambiente humano, acessível e de inclusão (FERREIRA *et al.*, 2021).

O processo de humanizar depende ainda de modificação no modo de pensar e agir das pessoas, na ênfase aos valores atrelados à defesa da vida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o trabalho, proporcionando um olhar para um ser humano autônomo e protagonista do seu cuidado. Ou seja, a humanização não é apenas resgatar a beleza do cuidado, mas trazer um olhar interno capaz de fortalecer principalmente as relações pessoas e a comunicação efetiva (PEREIRA *et al.*, 2020).

A humanização está presente de maneira ativa em pesquisas na área da saúde, principalmente no campo da enfermagem, a qual exerce a ciência do cuidar que se dá pela relação entre profissional e cliente. Para a enfermagem, o cuidado tem direta relação com a humanização, mesmo atuando em diferentes campos e com o uso de máquinas e tecnologias que estão inseridas com maior frequência na assistência aos indivíduos enfermos, não altera o fator de que o cuidar é um ato humano (PEREIRA *et al.*, 2020).

A humanização está presente de maneira ativa em pesquisas na área da saúde, principalmente no campo da enfermagem, a qual exerce a ciência do cuidar que se dá pela relação entre profissional e cliente. Para a enfermagem, o cuidado tem direta relação com a humanização, mesmo atuando em diferentes campos e com o uso de máquinas e tecnologias que estão inseridas com maior frequência na assistência aos indivíduos enfermos, não altera o fator de que o cuidar é um ato humano (PEREIRA *et al.*, 2020).

A humanização depende ainda de modificação no modo de pensar e agir das pessoas, na ênfase aos valores atrelados à defesa da vida, a fim de tornar criativo e prazeroso o modo de fazer o trabalho. É direto de todo cidadão ter acesso ao atendimento público de qualidade, mas para isso faz-se necessário à melhoria do sistema de saúde como um todo (BITENCOURT, ATAÍDE, 2019).

Dessa forma dois aspectos são relevantes para construção da humanização no serviço em saúde; um deles está vinculado à qualidade de relacionamento que se estabelece entre os profissionais de saúde e os usuários no processo de atendimento à saúde e o outro está vinculado às formas de gestão dos serviços de saúde (BITENCOURT, ATAÍDE, 2019).

O SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A transição demográfica, social e epidemiológica faz com que a procura e a oferta dos serviços de saúde no Brasil seja um fenômeno que sofre alterações constantes. Nesse sentido, nos últimos anos tem-se observado o aumento da demanda no atendimento de urgências e emergências e com ele a necessidade em se repensar (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A Rede de atenção às Urgências e Emergências (RUE) é essencial no âmbito da

assistência à saúde e são considerados parte integrante do SUS, identifica-se por serem atendimentos desafiadores, onde o fluxo de atividades acarreta sobrecarga de tarefas. Apesar da implantação de políticas públicas direcionadas para o enfrentamento desse fenômeno, vale destacar que diversos fatores são responsáveis pela elevada demanda nestes serviços, dentre eles: problemas de estruturação das redes de atenção à saúde, desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais, violência e acidentes de trânsito. Isso torna os serviços de urgência e emergência peculiares quando comparados com os demais serviços de saúde, sendo necessário um olhar diferenciado para este ambiente (SOUZA *et al.*, 2017)

É importante salientar que na realidade brasileira, a população busca esse atendimento em situações que não se caracterizam por problemas agudos e de alta gravidade, o que contribui para a sobrecarga deste serviço e o comprometimento da finalidade para o qual foi desenvolvido (MENDES *et al.*, 2018).

Portanto, é requerido desses profissionais uma desenvoltura técnica, científica e humana que garanta uma assistência rápida e imediata quando o risco de morte é iminente, sendo necessário a atuação de equipes preparadas (SOUSA *et al.*, 2019).

Serviços de urgência e emergência são ambientes normalmente estressantes, com alta demanda de pacientes, cercados de condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados. Sendo assim, as ações no acolhimento devem compreender estas situações em que o enfermeiro tem papel atuante e deve se responsabilizar ativamente pela escuta ao usuário. Diante disso é necessário a compreensão dessas ações, com estratégias que visem garantir a integralidade e universalidade, princípios defendidos pelo SUS, considerando o cuidado além da visão biológica e biomédica, de modo a integrar as diversas unidades e a multiplicidades dos seres (SOUSA *et al.*, 2019).

OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cada vez mais no âmbito hospitalar surge a necessidade da humanização durante a assistência e atualmente é comum observar a fragmentação do ser humano dentro desses serviços que por diversas vezes ele é compreendido apenas com as suas dimensões puramente biológicas. Essa situação decorre principalmente devido ao avanço da tecnologia no âmbito da saúde, que transformou cuidado na boa parte das vezes uma mera aplicação do procedimento técnico a fim de cumprir com o objetivo de cura. Devido à superlotação nas unidades de urgência e emergência, a escassez de recursos a qualidade da assistência acaba sendo comprometida. Dessa forma, se configura como um problema de saúde pública e por consequência é necessário que a humanização seja integrada a assistência devido a essa realidade que usuários enfrentam à procura desses serviços

(PAULA *et al.*, 2019).

Além disso, muitas outras ações são necessárias para implementar uma assistência mais humana, como boas relações profissionais, respeito, ética, investimentos na estrutura e materiais e na formação dos trabalhadores que atuam nos serviços de saúde, como também o reconhecimento dos limites de cada profissional. No entanto, para as equipes de enfermagem que trabalham em UUE, existem muitas barreiras para exercer a humanização no cuidado, por tratar-se de um setor o qual a dinamicidade do trabalho é alta. Há uma grande responsabilidade pela avaliação de prioridades e onde os pacientes e suas famílias encontram-se em situações de vulnerabilidade, ocorrem momentos de estresse que interferem negativamente nas relações humanas (SAVIETO *et al.*, 2019).

As equipes que atuam em emergência convivem diariamente com o cansaço e o esgotamento gerado pelo excesso de trabalho, os quais podem resultar em maiores danos físicos e mentais. A má estrutura física, organizacional e de recursos humanos, também são fontes de estresse que acarretam uma desumanização na assistência em emergências. Mesmo com todas as barreiras que dificultam a assistência humanizada vale salientar que o cuidado é realizado por seres humanos, onde a forma acolhedora e boa vontade a qual prestam o cuidado são grandes facilitadores para a inserção da humanização nas UUE e predominam sobre as dificuldades (DUARTE *et al.*, 2018).

A humanização deve atingir todos os indivíduos que por algum momento adentrem uma UUE, seja ele gestor, profissional, paciente ou familiar e todas essas pessoas de igual forma merecem um cuidado humanizado, para isso acontecer, ações conjuntas que respeitem o ser humano devem ser realizadas, juntamente com um importante nicho que é a educação permanente dos profissionais que incentiva e valoriza a atividade laboral (DUARTE *et al.*, 2018).

Para um cuidado humanizado é preciso uma equipe de saúde tenha responsabilidade, empoderamento científico, relação de troca de experiência com a equipe de saúde, para que possa desenvolver procedimentos para com o paciente, tendo como sujeito principal da assistência. Segundo o Humaniza-SUS para que o serviço de atendimento de urgência e emergência possa ser efetivo é importante que seja implantado o acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de urgência e emergência. Possibilitando que a demanda seja atendida e classificada de acordo com o seu quadro clínico, garantindo o acesso aos serviços de referências conforme necessário reduzindo o tempo na fila e de espera de atendimento (PAULA *et al.*, 2019).

O Acolhimento com Classificação de Risco como mecanismo fundamental para qualificar e humanizar a assistência aos usuários que apresentam casos clínicos restritos de urgência e emergência, visto que, através da sistematização dos processos, é possível estabelecer estratégias de acordo com cada necessidade. Além disso, a capacitação dos enfermeiros é de extrema importância, pois, para melhor avaliar o paciente e fornecer o auxílio necessário é preciso utilizar-se de uma visão crítica e reflexiva, que compreende

além da simples prática de tomar decisões imediatas (RODRIGUES *et al.*, 2019).

O enfermeiro apresenta-se como o profissional mais indicado pelo Ministério da Saúde e capacitado para realizar a Classificação de Risco, prática considerada de competência legal do enfermeiro, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução Cofen 423/2012; Parecer 001/2009/SC; Parecer 005/2010/DF; Parecer 009/2013/PR) (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Isso decorre tanto das suas competências teórico-práticas para estabelecer a prioridade do atendimento por meio das manifestações clínicas dos pacientes, quanto pela estruturação do trabalho, dos mecanismos necessários para a assistência e também o ambiente, objetivando o acolhimento e a humanização no atendimento (RODRIGUES *et al.*, 2019).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 o atendimento aos casos de urgência e emergência deve iniciar por meio do acolhimento qualificado, garantindo uma assistência mais resolutiva. Bem como, enfatiza a necessidade da formação e qualificação dos profissionais envolvidos neste setor (NETO, *et al.*, 2018).

O atendimento em urgência e emergência, sendo um atendimento rápido ao paciente, pois a prioridade é estabilizar seu quadro de saúde, requer agilidade, habilidade e objetividade na prática de um enfermeiro, não observando a tensão e o medo diante daquela situação desconhecida, levando a uma fragilidade e por vezes agressividade como reação a insegurança que o atendimento gerou no paciente, a partir disso, o trabalho de enfermagem deve ser de forma sistemática, aplicando as intervenções inerentes a sua prática laboral, embasada em ações humanizadas, com estratégia individualizada de acordo com a necessidade de cada paciente (ANTUNES *et al.*, 2018).

Para determinar a categoria de classificação o enfermeiro no acolhimento que tem a classificação de risco, toma como base na decisão, a escuta qualificada, o julgamento clínico e crítico das queixas que levam a um raciocínio lógico, no qual determinará o risco com o objetivo de compreender a informação clínica (ANTUNES *et al.*, 2018).

A classificação de risco é um processo dinâmico usado como base conceitos e escalas internacionais. Os riscos são classificados em 5 níveis, apresentando uma maior confiabilidade na avaliação. Dentre os modelos de escalas destacam-se: a escala australiana: *Australasian Triage Scale* (ATS); o protocolo canadense *Canadian Triage Acuity Scale* (CTAS®); a escala norte-americana *Emergency Severity Index* (ESI), e o protocolo inglês *Manchester Triage System* (protocolo de Manchester) (ANTUNES *et al.*, 2018).

A classificação de risco tem como objetivo organizar de forma mais objetiva o atendimento de acordo com a gravidade do paciente, e não por ordem de chegada, com isso o paciente diminui o risco, o tempo de espera, e garante o encaminhamento para os outros serviços de saúde se necessário. Essa nova forma de atendimento funciona para cumprir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente no que tange à equidade, que tem como objetivo a dar mais para quem tem menos e dar menos para

quem tem mais. Essa classificação é realizada através do protocolo clínico escolhido pela instituição previamente estabelecida e deve ser proposto pelo Ministério da Saúde (MS), devendo ser adaptado às necessidades de cada serviço de saúde (MORAES *et al.*, 2020).

Na classificação de risco é proposto ao enfermeiro, a utilização de um fluxograma de atendimento para incentivá-lo a uma reflexão profunda sobre o processo de trabalho, assim o Ministério da Saúde designa para execução desta avaliação. Todo embasamento do enfermeiro é através de treinamento de acordo com os protocolos da unidade de saúde, realizando a classificação de risco, verificação dos sinais vitais, entrevista estruturada e em alguns casos a realização de exames complementares, desenvolve atividades como o acolhimento e a humanização durante a triagem (MORAES *et al.*, 2020).

A humanização se torna um desafio para o enfermeiro na classificação de risco, visto que a alta demanda de atendimento e as grandes filas comprometem esse processo entre a equipe e usuários. Além disso, a falta de leitos, a escassez dos recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e um fluxo desordenado. Analisando por essa perspectiva talvez esteja aí a maior dificuldade para a humanização no atendimento, tendo em vista que o profissional também é um ser humano com necessidades e que essas precisam ser trabalhadas e supridas por gestores de saúde, para que isso reflita de forma positiva em seu atendimento com pacientes e usuários que buscam o serviço de saúde (SOUZA *et al.*, 2017).

Para Moraes *et al.*, (2020), a adoção do protocolo de classificação de risco pela instituição de saúde possibilita resultados audaciosos, tais como: redução da taxa de mortalidade; diminuição da fila de espera dos pacientes na recepção; priorização do atendimento aos pacientes mais graves. Além disso, cabe ressaltar que, antes da implementação do protocolo supracitado, os usuários eram atendidos por ordem de chegada, desconsiderando-se a equidade, o que desencadeava maior número de agravos.

Pereira *et al.*, (2020) afirmam que a escuta ativa qualificada é uma das principais habilidades cognitivas que o enfermeiro que trabalha na classificação de risco deve contemplar, visando à avaliação do registro correto e minucioso da queixa principal, do pensamento e do raciocínio clínico, além de requerer agilidade mental para a tomada de decisão.

A classificação de risco é uma importante ferramenta do cuidado em enfermagem, posto que o enfermeiro gerencia a superlotação, pois, é notório que muitos usuários, em função de não receberem um atendimento satisfatório em unidades básicas de saúde ou na Atenção Especializada, acabam recorrendo aos serviços de urgência e emergência. É indiscutível que isso sobrecarrega esses serviços, à medida que, talvez não esteja claro para o usuário o fluxo que ele deve percorrer dentro da rede de atenção à saúde. (ANDRADE *et al.*, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de urgência e emergência apresentam uma demanda espontânea que não se pode controlar diretamente e que necessita que os profissionais estejam sempre prontos a receber os pacientes pensando sempre no tempo resposta que será primordial para a evolução positiva do seu agravo de saúde.

A humanização foi um passo na saúde brasileira voltado ao reconhecimento da autonomia dos usuários dos serviços bem como na necessidade de se criar espaços humanizados para o atendimento considerando que o processo de saúde-doença deve ser acolhedor e preparado para a resolutividade olhando para o indivíduo e para a sua doença de forma integralizada.

O estudo evidenciou que nas unidades de urgência e emergência o enfermeiro se destaca como o profissional que tem competências para realizar uma escuta ativa, com acolhimento, julgamento clínico e resolutividade. A classificação de risco foi a metodologia que mais se adequa a esse processo de atendimento e que fornece um cuidado universalizado e com equidade, onde o tempo e os sinais clínicos são considerados para o atendimento ao cliente.

A pesquisa demonstrou que o profissional enfrenta no seu dia a dia a superlotação dos serviços, o estresse de atuar em uma área que necessita de rapidez e prontidão de atendimento onde os pacientes e familiares cobram essa prática, recursos humanos escassos, ambiência inadequada e uma exigência de mercado. Porém é necessário que a enfermagem se debruce sobre esse tema para que através de metodologias de trabalho o enfermeiro encontre estratégias de aprimoramento na sua rotina e que otimize suas ações.

O sistema de classificação de risco através da atuação do enfermeiro é uma importante ferramenta para que seu trabalho possua o respaldo técnico necessário e que os pacientes se sintam acolhidos, porém seu sucesso também depende de que a equipe interdisciplinar esteja atenta ao seu papel nesse processo. Nesse âmbito é necessário salientar que as organizações de saúde devem oferecer condições estruturais e capacitações para que possam oferecer com qualidade e excelência o melhor resultado desse trabalho.

REFERÊNCIAS

ANDRADE AFSM, et al. Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e346101321536, 2021.

ANTUNES P, et al. A importância do atendimento humanizado nos serviços de urgência e emergência: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, 2018; 12 (1): 1-17.

BITTENCOURT CS, ATAÍDE MA. As redes de atenção à saúde em urgência e emergência e sua efetividade nas redes intersetoriais no distrito de Ermelino Matarazzo. **Serviço Social e Saúde**. 18(esp), e019004-e019004. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília-DF [internet] 2017 [acesso em 15 jul 2023]. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019.** 145(1), 52, 2019.

DUARTE M, GLANZNER C, PEREIRA L. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros, **Revista Gaúcha de Enfermagem**; 39: e2017-0255. 2018.

FERREIRA, JDO, et al. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**. 7(1),147-163, 2021.

FREITAS R, PEREIRA M, LIMA C, MELO J, OLIVEIRA K. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v18;38(3): e62119. 2018.

MENDES TJM et al. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. **REME rev. min.** Enferm. 22(esp), e-1077. 2018.

MENEZES ML, SANTOS LRCS. Humanização na atenção primária à saúde: um olhar sobre o trabalhador da saúde. **Rev. Saúde.Com**, v13 (1): 786-96.2017.

MORAES CLK, NETO JG, SANTOS LGO. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem. **Global Academic Nursing Journal**, 1(2), e17. 2020.

OLIVEIRA JLC, et al. Acolhimento com classificação de risco: percepção de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm**, 2017; (26) 1: 1-8.

PAULA CFB, et al. Humanização da assistência: acolhimento e triagem na classificação de risco. **Rev enferm UFPE on line**. 2019; 13 (4): 997-1005.

PERBONI JS, SILVA RC, OLIVEIRA, SG. A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. **Interações**. 2019;20(3):959-72.

PEREIRA AB, et al. Fragilidades e potencialidades laborais: percepção de enfermeiros do serviço móvel de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 73(5), e20180926. 2020.

PEREIRA LC, et al. Atuação do enfermeiro no serviço de atendimento pré-hospitalar: potencialidades, fragilidades e perspectivas. **Research, Society and Development**. 9(4),e119942926 -e119942926. 2020.

RIOS IC. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora; 2018.

RODRIGUES, MC et al. Acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto atendimento: avaliação sob a ótica do enfermeiro. **Saúde em Revista**. 19(51), 101-107. 2019.

SAVIETO R, MERCER S, MATOS C, LEÃO E. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaição e empatia, **Revista Latino Americana de Enfermagem**.2019; 27: e3151.

SOARES GR, BOENO GV, GONÇALVES TS, D'ELLY SB, MEDEIROS JG, ALMEIDA AN, et al. A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. **Enferm Foco**, v 3:e-202245ESP1. 2022.

SOUZA KHJF, DAMASCENO CKCS, ALMEIDA CAPL, MAGALHÃES JM, FERREIRA MA. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** V 40:e20180263. 2019.

SOUZA JA, et al. Estresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, v 4 (12): 107-16. 2017.

SOUZA, CC. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7(4), 1-2. 2017.

CAPÍTULO 13

PREPARO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE ENCAMINHADOS À ESTERILIZAÇÃO A VAPOR: CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de submissão: 10/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Jéssica Eichelberger Weiler

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul

Charlyne da Silva Fonseca

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul <https://orcid.org/0009-0001-6150-3985>

Janine Maria Konarzewski Paluchowski
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul <https://orcid.org/0009-0001-1637-9022>

Luciano Lemos Doro

Complexo Hospitalar Unimed Nordeste RS
Caxias do Sul – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-3741-4704>

Maria Cristina Meneghete

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões campus de Santo Ângelo/RS.
Departamento de Ciência da Saúde.

Curso de Enfermagem.

Santo Ângelo- Rio Grande do Sul.
<http://lattes.cnpq.br/2106028176355240>

Sandra Leontina Graube

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul <https://orcid.org/0000-0002-1188-5145>

Francisco Carlos Pinto Rodrigues

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul <https://orcid.org/0000-0002-7989-788X>

Vivian Lemes Lobo Bittencourt

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões campus Santo Ângelo/RS. Departamento de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem. Santo Ângelo – Rio Grande do Sul <https://orcid.org/0000-0003-1488-0611>

RESUMO: **Objetivo:** Investigar as concepções da equipe de enfermagem de um centro de material e esterilização (CME)

em relação ao preparo dos produtos para saúde (PPS) submetidos à esterilização a vapor.

Materiais e Métodos: Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva em que os participantes, integrantes da equipe de enfermagem que atuam no CME de um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul, foram entrevistados no primeiro semestre de 2023.

Para análise utilizou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Participaram do estudo sete profissionais, sendo seis técnicos de enfermagem e um enfermeiro. Os participantes falaram sobre o processamento dos PPS, demonstram saber localizar protocolos do CME no setor, mencionaram que avaliam as necessidades imediatas e valorizaram o processo de limpeza, o fluxo unidirecional e o monitoramento físico, químico e biológico. **Conclusões:** Identificou-se que, embora algumas etapas do processo sigam as recomendações vigentes em legislação, o conhecimento dos profissionais sobre o processo de esterilização a vapor é frágil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Educação em saúde. Esterilização.

PREPARATION OF HEALTH PRODUCTS SENT TO STEAM STERILIZATION: CONCEPTIONS OF THE NURSING TEAM

ABSTRACT: **Objetive:** To investigate the conceptions of the nursing team of a material and sterilization center (CME) in relation to the preparation of health products (PPS) submitted to steam sterilization. **Materials and methods:** research with a qualitative approach, of the descriptive type, in which the participants, members of the interior of the State of Rio Grande Sul, were interviewed in the first Half of 2023. For analysis, it was used up the thematic content analysis. **Results:** seven professionals participated in the study, six nursing technicians and one nurse. The participants spoke about the processing of the PPS, demonstrate knowing how to locate CME protocols in the sector, mentioned that they evaluate the immediate needs and valued the cleaning process, the unidirectional flow and the physical, Chemical and biological monitoring. **Conclusions:** it was identified that, although some stages of the process follow current recommendations in legislation, the knowledge of professionals about the steam sterilization process is fragile.

KEYWORDS: Nursing. Health education. Sterilization.

1 | INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é a unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde (PPS), dos serviços de saúde, conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2012a). Após realizada a desinfecção ou a esterilização dos materiais, os mesmos são dispensados às demais unidades para uso na prestação da assistência direta aos pacientes.

De acordo com a RDC n.15, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de PPS, os CMEs, classificam-se em: Classe I, “aquele que realiza o processamento de PPS não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento” e em Classe II a unidade que “realiza o processamento de PPS não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa,

passíveis de processamento” (BRASIL, 2012a, p.3).

Ainda, conforme descrição da RDC n.15, os PPS críticos são aqueles que entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e devem ser esterilizados para uso, pois possuem alto risco de causar infecção; PPS semicríticos são aqueles destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras (por exemplo equipamentos respiratórios e de anestesia, endoscopia), que requerem desinfecção de alto nível ou esterilização; e os PPS não críticos são destinados ao contato com a pele íntegra do paciente (por exemplo comadres, cubas, aparelhos de pressão, entre outros), que requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (BRASIL, 2012a, p.3).

Um quesito importante nesse setor é o fluxo para funcionamento adequado, unidirecional, da área suja à área limpa, observando a necessidade de obstáculos físicos e a identificação adequada entre as áreas suja, limpa e estéril (BRASIL, 2012a). O acesso de pessoas deve ser restrito e cada profissional deve permanecer em sua área para que, desta forma, se evitem contaminações cruzadas (ATHANÁZIO; CORDEIRO, 2015).

Os instrumentais utilizados em pacientes precisam ser devidamente processados no CME, de modo a impedir que estes tornem-se fômites e transmitam microrganismos a sujeitos sadios (LUCAS et al., 2018). As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um grave problema de saúde pública devido a sua complexidade e implicações sociais que afeta cerca de 1,5 milhão de pessoas anualmente (GIROTI et al., 2018). Essas infecções são consideradas um sério risco à segurança dos pacientes hospitalizados, o que favorece a elevação das taxas de morbimortalidade, dos custos com procedimentos diagnósticos terapêuticos, além de maior utilização dos leitos de internação (SANTOS et al., 2016).

A RDC nº15 aborda também a composição de adequada estrutura física, equipamentos, insumos, recursos humanos e a proteção da saúde ocupacional contra riscos biológicos presentes no CME. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária propõe que cada instituição elabore um protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) para cada etapa de processamento, levando em consideração as necessidades particulares, com o intuito de estabelecer uma padronização e devendo permanecer à disposição e fácil acesso da equipe de enfermagem (BRASIL, 2012a).

Em relação aos insumos o invólucro selecionado deve ter permeabilidade ao agente esterilizante; impermeabilidade a partículas microscópicas; resistência às condições físicas do processo de esterilização; adequação ao material a ser esterilizado; flexibilidade e resistência à tração durante o manuseio; que permita selagem adequada; ausência de resíduos tóxicos e nutrientes microbianos (BRASIL, 2006).

Existem três tipos de monitoramentos de processos de esterilização (físico, químico e biológico), este último garante a efetividade do processo. A esterilização, empregando agentes físicos, pode ser realizada em autoclave e os indicadores biológicos são utilizados para testar a eficácia do processo quanto à destruição dos microrganismos, devendo ser

colocados em locais estratégicos da autoclave (VIER-PELISSER et al., 2008).

Com a utilização da autoclave pela ação do vapor saturado sob pressão, o processo de esterilização ocorre à temperatura de 121°C por período de 30 minutos e 134°C por período de 15 minutos. Este processo possibilita a esterilização de artigos em embalagens permeáveis ao vapor não devendo utilizar-se de recipientes metálicos fechados ou sem perfurações para possibilitar a penetração de vapor (VIER-PELISSER et al., 2008).

As atribuições da Enfermagem neste ambiente de trabalho estão correlacionadas com a assistência indireta prestada, na disponibilização de material seguro, como resultado do processamento, armazenamento e distribuição eficiente (GOUVEIA; OLIVEIRA; LIRA, 2016). Almeja-se que os profissionais que atuam no CME sejam responsáveis em garantir que os PPS estejam processados adequadamente e sejam entregues com a devida qualidade, colaborando para a redução de taxas de IRAS e no cuidado de saúde (ALVIM; RAMOS; DURÃO, 2019).

No decorrer de décadas os CMEs vêm apresentando constante evolução, adquirindo autonomia, com crescente demanda e buscando aperfeiçoar os processos a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada (CARVALHO, 2015; ATHANÁZIO; CORDEIRO, 2015). Assim, faz-se necessário acompanhar os avanços tecnológicos, implicando na necessidade de contar com profissionais qualificados capazes de implementar técnicas e manusear equipamentos, contribuindo para a redução de danos ao paciente.

Nesse sentido, fica claro que a atuação dos enfermeiros em CME requer cada vez mais conhecimentos atualizados e específicos, relacionados aos diversos equipamentos, artigos, instrumentais cirúrgicos e à forma de processá-los, assim como o gerenciamento do CME, incentivando as boas práticas dentro de sua equipe (LUCON et al., 2017; BUGS et al., 2017). É preciso despertar interesse na busca por aprimorar e atualizar constantemente os conhecimentos por meio de uma educação em saúde permanente.

O estudo se torna pertinente, pois a atuação da equipe requer cada vez conhecimentos mais atualizados e específicos, relacionados aos diversos equipamentos, artigos, instrumentais cirúrgicos e à forma de processá-los. Ainda, requer da equipe de enfermagem, especialmente do enfermeiro o gerenciamento do CME para garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente (LUCON et al., 2017; BUGS et al., 2017).

No estudo realizado por Morais et al. (2018), alguns entrevistados, apesar de atuarem há vários anos no CME, demonstraram pouco conhecimento sobre as etapas do processamento dos materiais, não sendo capazes de descrever etapas ou informar tipos de esterilização. Concluiu-se então que é imprescindível o conhecimento sobre cada etapa do processamento e o processo de forma geral, para garantir a esterilização dos PPS e prevenir complicações na assistência direta prestada ao paciente.

O profissional que desenvolve suas atividades no CME tem de estar apto para acompanhar o desenvolvimento tecnológico que aperfeiçoa o serviço. Portanto, é fundamental a participação do enfermeiro na qualificação do processo laboral de esterilização

de materiais e na identificação das necessidades de sua equipe, para garantir a eficiência dos processos e contribuir para a prevenção de infecções (SANCHEZ et al., 2018). A partir dessas considerações, pergunta-se: qual a concepção da equipe de enfermagem sobre o preparo dos PPS encaminhados à esterilização a vapor? Esta pesquisa teve como objetivo investigar as concepções da equipe de enfermagem de um CME em relação ao preparo dos PPS submetidos à esterilização a vapor.

2 | MÉTODO

A pesquisa é de abordagem qualitativa, tipo descritiva (MINAYO, 2014). Foi desenvolvida em um CME de um hospital localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foram participantes do estudo profissionais da equipe de enfermagem que atuam no CME em todos os turnos de trabalho (manhã, tarde ou noite).

O estudo teve como critérios de inclusão: ser profissional da equipe de enfermagem atuante do CME no processo dos PPS esterilizados a vapor em algum momento do seu turno de trabalho; e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E, como critérios de exclusão: profissionais em licença saúde de qualquer natureza ou em gozo de férias no período previsto para a coleta de dados. No total a equipe de enfermagem era composta por doze técnicos de enfermagem e um enfermeiro e todos foram convidados para participar do estudo. Obteve-se o aceite de sete integrantes da equipe.

A participação no estudo poderia acarretar risco mínimo devido ao desconforto ao responder o instrumento da pesquisa. Caso ocorresse, o participante poderia interromper sua participação, sem quaisquer danos. Caso trouxesse algum desconforto ou dúvida o participante poderia entrar em contato com a acadêmica e os orientadores, nestes casos, esses se comprometeram a prestar encaminhamento para assistência imediata, integral e gratuita, assim como acompanhar a um serviço de saúde compatível com a necessidade, para atendimento físico ou psicológico. A Universidade se comprometeu a prestar a assistência devida, caso ocorresse algum desconforto ou risco e a pesquisadora se comprometeu em acompanhar a um serviço de saúde compatível com a necessidade, para atendimento físico ou psicológico.

A pesquisa proporciona como benefício a oportunidade de adquirir um maior conhecimento quanto ao preparo dos PPS para esterilização a vapor, desenvolvida pela equipe de enfermagem, bem como agrega as pesquisas já realizadas pela comunidade científica. Os resultados encontrados podem ser utilizados pelos profissionais e pela instituição para melhorias futuras no processo de trabalho.

O contato inicial com a instituição ocorreu em uma reunião com o gerente de enfermagem em que foi realizada a apresentação do projeto e almejou-se a manifestação de aceite da instituição para a coleta de dados. Frente ao aceite da instituição e assinatura do Termo de Anuênciam o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade. Após a aprovação a pesquisa foi apresentada para a equipe de enfermagem do CME e almejou-se que os interessados em participar fizessem menção ao término da exposição. Mediante a manifestação de interesse em participar, foram coletadas informações para contato e agendamento de entrevista semiestruturada, individual.

A entrevista foi realizada em horário acordado entre pesquisador e participante, durante o expediente de trabalho, nos turnos da manhã, tarde ou noite, em espaço privado, com duração média de 30 minutos. Foi utilizado um roteiro para coleta de dados sociodemográficos e laborais, sendo considerado a idade, sexo, atuação profissional, quanto tempo trabalha na Enfermagem e quanto tempo atua no CME. Ainda, foram realizadas perguntas semiestruturadas, sobre a preparação dos PPS para a esterilização a vapor. A entrevista envolveu a interação direta entre pesquisador e o participante (MINAYO, 2014).

A coleta das informações ocorreu no primeiro semestre de 2022 no CME do referido hospital. As entrevistas foram gravadas digitalmente com autorização dos entrevistados e transcritas, na íntegra, para a realização da análise.

Os dados foram transcritos e analisados segundo o método de análise de conteúdo temática. A transcrição e organização dos relatos obtidos pela entrevista constituíram a ordenação dos dados e a classificação após a leitura exaustiva destes materiais. Esse método de análise permite uma avaliação de mensagens dos interlocutores; síntese dos dados conforme as etapas de pré-análise, com a organização de ideias iniciais e sistematização preliminar das informações coletadas; análise, codificada das informações por meio de uma avaliação temática; e interpretação, quando se alçam as unidades de significação presentes nas entrevistas, o que definiu as temáticas que fundamentaram o estudo (BARDIN, 2011).

Para a apresentação dos resultados foram adotadas codificações específicas para que se remeta aos diferentes participantes do estudo para assegurar o anonimato das informações prestadas, foram identificados como Participante 1 (P1), Participante 2 (P2), e assim sucessivamente.

Foram asseguradas as exigências éticas e científicas preconizadas para pesquisas envolvendo seres humanos, mediante a Resolução Nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolve seres humanos (BRASIL, 2012b).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, em sete de março de 2022 sob o parecer número 5.277.139 e CAAE 55185222.30000.5354. Os participantes assinaram o TCLE que dirimia dúvidas quanto à livre participação, preservação do anonimato e respeito à liberdade de não participar da pesquisa. Garantiu-se o anonimato mediante a utilização de pseudônimos para identificação e assegurou-se que a participação não teria nenhuma influência quanto ao vínculo empregatício envolvido na pesquisa, bem como qualquer iniciativa coercitiva.

A pesquisadora fica responsável: pela guarda dos dados da pesquisa em arquivo, físico e digital, por um período de 5 anos, bem como o destino deste material após o término desse período; retorno e divulgação dos resultados do estudo a instituição coparticipante e aos profissionais participantes da pesquisa.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo sete profissionais, sendo seis técnicos de enfermagem e um enfermeiro, 85,71% eram do sexo feminino (n=6), 42,85% tinham idade entre 36 e 45 anos (n=3), 42,85% atuavam na enfermagem entre 5 e 10 anos (n=3) e 57,14% trabalhavam na instituição entre 1 e 5 anos (n=4).

Da exploração do material foram elaboradas as categorias por analogia semântica, as quais foram agrupadas por temas, a saber: organização de processos e de pessoas no CME; embalagens e uso da autoclave para a esterilização a vapor; indicadores químicos, físicos e biológicos na esterilização a vapor.

Organização de processos e de pessoas no CME

Na busca de conhecimento sobre a organização do trabalho no CME os entrevistados, de forma geral, demonstram saber a localização dos protocolos que descrevem as atividades desenvolvidas no CME, como relatado a seguir:

Tem todos os protocolos no sistema (P3).

No POP disponível na área de trabalho (do computador), tem tudo ali (P5).

Em caso de dúvidas sobre as etapas de processamento busco esclarecimento nos processos de trabalho da instituição. Sei que dentro de cada computador tem (P2).

Em contrapartida, quando questionados sobre como agiam diante de dúvidas nas etapas de processamento no desempenho de seu trabalho, integrantes da equipe afirmaram optar por uma busca mais ágil e depositar confiança na liderança e conhecimento do enfermeiro.

Quando tenho dúvida sobre alguma etapa do processamento esclareço com o enfermeiro (P1).

Busco tirar minhas dúvidas com a nossa chefia (enfermeiro) (P3).

(...) e se a gente tiver alguma dúvida, tem o nosso enfermeiro, a gente procura contato pelo WhatsApp para tirar qualquer dúvida (P6).

A equipe de enfermagem segue uma escala de trabalho e possui uma divisão organizacional entre colaboradores para área limpa e para área suja. Revezam semanalmente, em um acordo interno, os funcionários entre as atividades.

Nós trabalhamos nas duas, na área limpa e na área suja. Daí nós nos dividimos, cada semana uma dupla fica na área suja e outra na área limpa (P1).

Nós trabalhamos na área limpa e na área suja. Nós combinamos uma semana em cada área (P3).

Mesmo estando em outra área durante o turno de trabalho, os integrantes da equipe buscam avaliar as necessidades imediatas e se dispõem a ajudar os colegas que estejam com maior carga de trabalho naquele momento, como citado neste trecho:

A gente procura, se está na área suja, ficar só lá na área suja. Mas se precisa a gente vem, a gente ajuda os dois (P1).

Área suja é uma roupa diferenciada, tem que trocar sempre (P2).

Nós não podemos ir para a área suja e voltar para a área limpa sem trocar de roupa e colocar propé (P6).

No que se refere as reuniões setoriais os entrevistados mencionaram participar de encontros frequentes, onde são abordadas temáticas específicas do CME, na busca de alinhar a forma de trabalho da equipe.

A gente procura todo mês ter uma reunião, onde é colocado coisas do setor que tem para fazer, relembrando muitas coisas que ficaram para fazer (P1).

Os participantes foram estimulados a falar sobre como ocorre o processamento dos PPS e desde o recebimento dos materiais até a esterilização. Durante a descrição foi possível perceber a valorização do processo de limpeza e o fluxo unidirecional.

Eu acho que a lavagem (é a etapa mais importante), porque se o material não está bem lavado, ficou alguma sujidade ali, o processo de esterilização não será eficiente. Primeiro o material vem do bloco, chega na área suja, onde a gente faz toda a limpeza, aí ele passa para inspeção, embalagem e daí o processamento nas máquinas (P1).

O material vem da cirurgia, ele entra pela área suja, é escovado. O instrumental é colocado na termo, é lavado com produto, aí a gente tira esse material da termo pela área limpa, coloca na frente da lupa e passa por inspeção (P6).

Mais importante, eu acho que o material tem que estar 100% limpo, sem nenhuma sujidade, para poder ir para a autoclave e poder sair estéril. O material vem da sala, na janela (da área suja) [...] Os instrumentais, a gente faz a pré lavagem, deixa para quando a termo tiver uma carga boa pra gente por. E aí, depois que termina o processo da termo, vem para a área limpa. Daí as gurias que estão na área limpa fazem a visualização com a lupa, item por item e fecha a caixa. A gente organiza tudo, fecha a caixa com SMS, o teste para confirmar que está estéril e daí fecha e vai para a autoclave (P3).

Chega na área suja, a gente lava, daí tem um tempo para deixar ele de molho, tem o modo para lavar. Tem duas máquinas para lavar na área suja, tem uma menorzinha que é só para canulados (ex.: material de vídeo, material de oftálmico) daí tem que encaixar ali para limpar bem por dentro, isso a gente lava na ultrassônica. Depois dali já saem secos os materiais (P1).

Não pode fazer nada com pressa (P6).

As falas acima apontam detalhes do processo de limpeza de PPS e reforçam a necessidade de atenção centrada para o exercício da atividade profissional no CME. Dentro

do processamento de materiais desenvolvido pelo CME a priorização no encaminhamento de materiais para esterilização se dá da seguinte forma:

Se tiver mais instrumental, vai os instrumentais primeiro, depende até da necessidade do centro cirúrgico. De dia, a gente define pela prioridade das cirurgias; de noite a gente prioriza pela quantidade de materiais que falta nas prateleiras (P6).

Prioriza os materiais que vão ser usados nas próximas cirurgias (P5).

Ao serem questionados sobre a diferença entre desinfecção e esterilização os participantes não tiveram consenso, como pode-se observar nas seguintes falas:

Eu acredito que a desinfecção e a esterilização tem o mesmo grau de eliminar qualquer bactéria ou alguma coisa que esteja ali (P5).

As duas (desinfecção e esterilização) tem a mesma eficiência (P6).

Embalagens e uso da autoclave para a esterilização a vapor

Após realizada a limpeza do material, seja manual ou automatizada, o fluxo é direcionado para a área limpa para dar sequência ao processamento, como é possível verificar nas falas que seguem:

Após a conferência, as gurias organizam as caixas e embalam, fazem a embalagem e colocam as etiquetas, depois vai para a autoclave (P5).

Depois que é feita a inspeção, eles conferem o material, se faltar alguma coisa, tem que comunicar, até se tem algum material que está ruim, precisa de conserto, perda de fio, se a pinça não está bem alinhada... todo esse material é encaminhado para ser feito uma melhoria (P2).

Os participantes foram questionados sobre a secagem do material antes de embalar para realizar a esterilização a vapor. Não se teve unanimidade sobre a necessidade de realizar tal atividade, como percebido nas falas abaixo:

A gente procura secar bem (P6).

O certo é ele estar totalmente seco, mas eu não vejo assim. Porque depois que ele vai para a máquina, a máquina larga aquele vapor e umedece todas as caixas. Acho que não tem nada a ver (P5).

Quando vai para a autoclave, pela minha percepção, não precisa estar 100% seco. Porque vai para a autoclave, ela vai molhar de novo e vai secar. O que eu acho mais importante é na saída, ao término do processo, os materiais, as caixas, os pacotes, tem que estar 100% secos, sem uma rasura (P3).

Na área limpa o equipamento utilizado para a esterilização a vapor é a autoclave. Alguns participantes trouxeram suas impressões sobre o equipamento em suas falas:

Nós temos uma caldeira, nós podemos ter autoclave elétrica ou a vapor, nós usamos a caldeira mesmo, que daí o consumo é menor. Ela tem várias etapas, tem os pulsos internos, ela tem o pré vácuo que tira toda a parte de dentro – do ar dela. Aí tem a parte de esterilização que, teoricamente, pelo mínimo, tem que ser de 3 minutos (P2).

Essas nossas (autoclaves) aqui tem três ciclos: tem tecidos que é pacotes, daí tem de borrachas que é mais sensível e tem o de instrumental (P1).

É imprescindível que os trabalhadores conheçam o funcionamento correto da autoclave para que possam identificar cada etapa do processamento, pois é o que determina se o material está estéril para ser usado e isento de contaminantes. Alguns participantes da pesquisa demonstraram (des)conhecimento sobre este equipamento:

Depois de embalar o material, é feito no processo adequado, pode ser processo à 121°C ou 134°C (P2).

Ela tem um processo de 121°C e outro de 134°C. Se não me engano, é o (processo) de 134°C que é para o instrumental; que é maior o grau e maior o tempo. E para os campos, que é tecido, é o (processo) de 121°C (P3).

Eu não sei te explicar essa parte da máquina (P5).

Não sei te dizer como funciona a autoclave (P4).

Quando questionados sobre a capacidade de carga da autoclave para que o processo seja eficiente, os participantes não explanaram com convicção a forma como o realizam, bem como sobre o acondicionamento dos PPS com concavidades ou lúmen de fundo cego.

Isso também não sei te dizer (sobre a capacidade de carga da autoclave) (P4).

Nós procuramos não encher muito (a autoclave), não colocar material em cima de material, sempre deixar um espaço para o vapor passar bem nos materiais (P1).

A gente tenta não deixar aglomerados os pacotes, colocar um em cima do outro; tenta deixar um espaço entre eles para que circule o vapor que sai da máquina e pegue todas as áreas do material. E os materiais pequenos (cotonetes, algodão) a gente coloca dentro de um cestinho (P5).

Nossa autoclave tem uma capacidade grande. Então, tem que ter espaço entre eles (materiais) para poder passar o vapor, não pode estar sobreposto um ao outro (P2)

A gente procura colocar um do lado do outro, não muito cheio, porque daí compromete a secagem. Um do lado do outro com espaço pequeno, mas que não fique grudado, e uma carga normal. Dependendo do tamanho das caixas, vai umas 10 caixas, mais ou menos, se for uma caixa pequena; se for uma caixa grande, aí vai menos. Não pode encher muito (P3).

Os materiais com concavidades ou lúmen de fundo cego não tem uma regra de acondicionamento na autoclave (P6).

Na área limpa, os PPS que passarão pelo processo de esterilização a vapor são organizados em uma mesa, onde se inicia a conferência dos itens que compõem as caixas/bandejas e a escolha da embalagem para empacotamento.

É feita a embalagem (dos materiais) e colocado na autoclave, cada um com seu ciclo. Cada material tem a sua temperatura adequada para ser

processado (P1).

A embalagem de SMS e papel crepado não podem ser reprocessados, porque no momento que tu processou, ele vai fechar, e se for reprocessar vai colocar em risco a qualidade do teu material. Então, não é reutilizado (P2).

A manta SMS não é reutilizada (P6).

Os PPS embalados para esterilização a vapor são etiquetados antes do processamento e os participantes listaram alguns itens que compõem as etiquetas, como pode ser visto nas falas que seguem:

Todos os materiais tem que ter etiqueta (P2).

Os materiais são identificados antes do processo de esterilização. Todos (os materiais são registrados) no sistema. Todos têm etiqueta, código (P1).

A etiqueta deve ter o nome do material, validade, carga, lote, quem processou (P2).

Material, data que foi esterilizado, validade e quem esterilizou (P6).

Consta nome do material, o dia que foi processado, por qual profissional e a validade dele. E um código, que daí na hora, tanto na sala, como nas unidades, na hora que bipa ali aparece o nome do produto (P1).

Indicadores químicos, físicos e biológicos na esterilização a vapor

Os participantes mencionaram que, na esterilização a vapor, é possível realizar o monitoramento físico, químico e biológico do processamento de PPS com a utilização de alguns testes. Um dos testes mencionados foi o *Bowie & Dick*, como segue nas falas abaixo:

São realizados os testes do desafio e Bowie & Dick na autoclave. A gente usa também a fita zebra, que daí ela muda de cor depois que é esterilizada (P1).

Nós temos os testes da autoclave, que é o primeiro do dia, o Bowie & Dick, que é o teste de vácuo, para ver se o vácuo está suficiente ou não (P2).

O primeiro processo é feito com o Bowie & Dick, que é um material químico que vai dizer se a autoclave está apta para fazer os processos (P5).

A instituição da pesquisa realizou um estudo interno para analisar e decidir a melhor forma para a realidade:

Nós, conforme a pesquisa que a gente fez, a gente conseguiu provar que com o teste (Bowie & Dick) comprado nós temos uma economia de tempo de pessoal. Então a gente consegue usar o teste, e só colocar ali na autoclave, não precisa dos campos de algodão, 30 cm, aquela coisa toda de confeccionar o próprio pacote. A gente consegue assim usar o profissional em outras atividades (P2)

Na sequência da rotina do setor foi mencionado o uso de indicador biológico, na primeira carga com materiais e sempre que tiver carga com implantes. O indicador biológico também é chamado de ampola devido ao seu formato, como nas falas que seguem:

O desafio, após o Bowie & Dick, que é a caixinha que vai ampola, integrador. E depois é o teste normal, aí é o integrador que a gente coloca em cada processo e nas caixas (P6).

Depois disso tem o biológico, esse vai dizer de toda essa parte do vapor, da esterilização está ok, tem uma incubadora que a gente coloca depois esse teste – se der positivo e negativo é porque está ok (P5).

E daí o segundo teste a gente coloca na área mais desafiadora (P2).

O desafio é uma caixinha que dentro vem uma fita, tipo a fita zebra, que se está estéril fica preta, e tem uma ampola com produto químico que vai para a máquina de... que a gente põe a ampola ali, a estéril e a não estéril, daí em 1 hora sai o resultado; positivo e um negativo. Se os dois der positivo, tem que refazer a carga novamente, fazer novamente o teste. O que saiu da autoclave tem que dar negativo e o vivo, que não foi para a autoclave, positivo (P3).

Eu preciso fazer esse processo do desafio na primeira carga do dia ou se tiver alguma cirurgia em que houver implantes, daí eu tenho que fazer, porque eu tenho que provar que aquela carga está livre de qualquer tipo (de microrganismo). E toda a carga eu tenho um pacotinho que é o monitoramento do processo, aonde eu monitoro aquele indicador que está ali dentro de cada caixa, ele fica colado junto na descrição do material para provar que ele virou, que ele funcionou. Se tiver alguma infecção, eu tenho que juntar todos os processos e encaminhar para o comitê de reprocessamento (P2).

4 | DISCUSSÃO

As falas acima denotam credibilidade e, ao mesmo tempo, responsabilidade ao trabalho e a figura do enfermeiro, que deve manter-se atualizado e atento as legislações e protocolos a fim de orientar a equipe de forma adequada. A liderança é uma competência necessária e esperada do enfermeiro para estimular sua equipe a realizar um cuidado de enfermagem que atenda às expectativas dos clientes e familiares (AMESTOY et al., 2014).

A limpeza precisa ser realizada de forma rigorosa visando reduzir a carga microbiana dos artigos, extraír contaminantes orgânicos e inorgânicos, até então, de forma manual e visível aos olhos (GRAZIANO; SILVA; PSALTIKIDIS, 2011). A limpeza é uma etapa que requer atenção do enfermeiro no CME, pois é fundamental no processamento dos materiais assim como a valorização pela capacitação para a atuação da equipe de enfermagem para a prevenção de IRAS e a segurança dos pacientes (STRIEDER et al., 2019).

A limpeza minimiza o risco de infecção logo na primeira etapa e, consequentemente, favorecerá a esterilização que é a fase final do processo, pois a presença de microrganismos torna ineficaz as etapas subsequentes uma vez que os agentes esterilizantes apresentam dificuldade de penetrar em materiais com resíduo (PADOVEZE; GRAZIANO, 2010).

No cotidiano das atividades do CME o enfermeiro pode participar da gestão de materiais, controle quantitativo da produtividade e gestão das necessidades dos serviços consumidores (MORAIS et al., 2018). A atuação do enfermeiro possibilita o gerenciamento de custos, identificação de fatores que aumentam os gastos e desperdícios com vistas a

reduzir a taxa de retrabalho da equipe de enfermagem (ALVIM; SOUZA, 2018).

As falas acima demonstram a falta de conhecimento teórico sobre o processamento de PPS visto que o desinfecção de alto nível é um processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de artigos semicríticos, exceto um número elevado de esporos bacterianos e a esterilização é o processo de destruição de microrganismos a tal ponto que não seja mais possível detectá-los em meio de cultura padrão (BRASIL, 2012a; SOBECC, 2017).

O mecanismo de ação da esterilização por vapor é a combinação de quatro fatores: tempo, temperatura, pressão e umidade. A ação da temperatura com a umidade provoca a perda irreversível de enzimas e proteínas estruturais dos microrganismos em que a proteína deixa de exercer as suas funções, e como resultado, ocorre a sua morte (RUTALA et al., 2008).

A Associação Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e CME recomenda que os instrumentos cirúrgicos sejam acomodados em caixas ocupando 80% no máximo da capacidade do recipiente (SOBECC, 2017). Os materiais côncavos devem ser acondicionados com o bocal virado para baixo e os materiais com lúmen de fundo cego, devem ficar com o bocal inclinado em nível mais baixo, garantindo que o vapor entre em contato com todas as partes do material e evitando assim o acúmulo de água em seu interior, o que facilita a secagem (SOBECC, 2017). Ainda, pode ser dada atenção para que materiais mais pesados estejam abaixo dos materiais mais leves (SOBECC, 2017).

Os invólucros utilizados neste CME para esterilização a vapor são a manta SMS e o papel grau cirúrgico. Para que a embalagem seja considerada ideal, ela deve permitir a esterilização, mantendo o conteúdo estéril até a abertura do pacote o que possibilita a entrega do conteúdo ausente de contaminação (TIPPLE et al., 2005).

Todos os materiais processados pelo CME devem ser documentados, com avaliações de todas as etapas do processo contendo: a data de esterilização, data de validade, condições de temperatura e umidade da autoclave, sendo de competência do enfermeiro gestor a realização da conferência destas anotações. O controle e registro dos processos definem a qualidade do serviço e promovem a eficiência do serviço prestado pelos trabalhadores do CME (PAUROSI et al., 2014).

O teste *Bowie & Dick* é de uso obrigatório e possibilita avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia (BRASIL, 2012a). Recomenda-se que este teste seja realizado diariamente, antes da primeira carga a ser processada (SOBECC, 2017). Ele pode ser montado pela própria instituição, com o empilhamento de toalhas ou campos de algodão até que estes atinjam 25 a 28 centímetros e a colocação da folha do *Bowie & Dick* irá ocorrer no centro destes campos ou do pacote comercializado (SOBECC, 2017).

O indicador biológico possibilita o monitoramento diário do processo de esterilização

e este pode ser acondicionado em um pacote comercializado ou construído pelo CME. O ideal é que este pacote com indicador biológico seja posicionado no ponto de maior desafio dentro da autoclave a vapor para o processo de esterilização (BRASIL, 2012a).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou investigar o conhecimento da equipe de enfermagem de um CME em relação ao preparo dos PPS submetidos à esterilização a vapor. Identificou-se a concepção da equipe de enfermagem sobre a organização de processos e de pessoas para o processamento dos PPS, a utilização de embalagens e da autoclave. Percebeu-se, a necessidade de maior esclarecimento sobre o manuseio da autoclave e o uso de indicadores químicos, físicos e biológicos para o preparo dos PPS encaminhados à esterilização a vapor.

O profissional enfermeiro assume um papel importante no CME, em especial na etapa de verificação das condições dos equipamentos e dos produtos para a esterilização a vapor. Também se detectou que, embora algumas etapas do processo sigam as recomendações vigentes em legislação, a concepção/clareza dos profissionais sobre o processo de esterilização a vapor é frágil. Há necessidade de educação permanente em saúde, para que esses profissionais possam agregar valor ao trabalho que executam e assim aumentar a qualidade e segurança da assistência prestada.

A partir da concepção de que a educação permanente é fundamental para qualificar o indivíduo para a prática assistencial direta ou indireta, é imprescindível maiores investimentos em treinamentos intra-hospitalares, oportunizando abranger todos os funcionários do CME, com enfoque na implementação de ações concretas voltadas principalmente a diferenciação de conceitos, como desinfecção e esterilização, ao manuseio e funcionamento da autoclave, melhorando assim a qualidade do serviço prestado.

Pode-se apontar como limitações deste estudo a realização em uma única instituição, o que retrata uma realidade, impedindo comparações e generalizações, embora seja uma especificidade dos estudos qualitativos. Outros estudos e novos cenários podem ser investigados sobre a temática com o intuito de promover maior conhecimento sobre a percepção das equipes de enfermagem sobre a esterilização a vapor.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70, 2011.

BAO, Y., et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*. v.395, n.10224, p. e37-e38, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)

BITENCOURT, J. V. O. V. et al. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. *Texto contexto - enferm.*, v. 29, e20200213, 2020.

BOLLER E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. *Rev Gaúcha Enferm.* v.24, n.3, p.336-345, 2003.

BORDIGNON J. S. et al. Vivências e autonomia de enfermeiras de uma unidade de pronto atendimento em tempo de pandemia. *Enferm. Foco.* v.11, n.1 Especial, p. 205-210, 2020.

BRASIL._____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.** São Paulo 2020c.

BRASIL._____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2012.

BRASIL._____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Protocolo de Tratamento de Influenza.** Brasília (DF): MS; 2015.

BRASIL_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília (DF): MS; 2017.

BRASIL._____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Resolução-RDC N° 42**, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Brasília (DF): MS; 2007.

BRASIL_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**). **Segurança do paciente em serviços de saúde:** higienização das mãos. Brasília (DF): MS; 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaudae/manuais/paciente_hig_maos.pdf>. Acesso 24 abr, 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lançamento da Campanha Nursing Now.** Porto Alegre, 02 dezembro, 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermeiras na linha de frente do COVID-19,** Porto Alegre, 10 março, 2020.

GYAWALI S, RATHORE DS, BHUVAN KC, SHANKAR PR. Study of status of safe injection practice and knowledge regarding injection safety among primary health care workers in Baglung district, western Nepal. **BMC Int Health Hum Rights.** v.3, p.13, 2015.

JACKSON D, BRADBURY-JONES C, BAPTISTE D, GELLING L, MORIN K, NEVILLE S et al. Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. **Journal of Clinical Nursing.** 2020.

LI, Z., GE, J. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, Behavior, and Immunity.** 2020.

LIRA, V. E. F., LIRA, G. V. Os profissionais de enfermagem merecem mais que aplausos. *Enferm. Foco.* v. 11, n. 1 Especial, p. 92-94, 2020.

LIU Y, WANG H, CHEN J, ZHANG X, YUE X, KE J et al. Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. International. **Journal of Nursing Sciences** [Internet]. 2020

MARIA MA, QUADROS FAA, GRASSI MDFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista brasileira enfermagem**. São Paulo, v.65, n.2 p.297-303, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

NASCIMENTO, V.F., HATTORI, T. Y., TRETTEL, A. C. P. T. Necessidades pessoais de enfermeiros durante a pandemia da COVID-19 em Mato Grosso. **Enferm. Foco**. v.11, n.1 Especial, p.141-145, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Coronavírus – Covid-19** Porto Alegre, 2020.

CHICO-SÁNCHEZ, P. et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios del servicio de urgencias de un hospital terciario. **Emergencias**. v.32, p.227-232, 2020.

TAYLOR, S. **The psychology of pandemics**: preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected**. [Internet]. March 2020

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.

ZHANG, C., et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, v.11, n.306, p.1-9, 2020.

CAPÍTULO 14

ENSINO DE ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de submissão: 07/07/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Luiz Faustino dos Santos Maia

Enfermeiro. Escritor. Editor Científico.

Mestrado em Terapia Intensiva.

Coordenador e Docente de Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade Estácio de Carapicuíba. Docente no Centro Universitário Estácio São Paulo. Diretor Executivo no Instituto Enfservic. Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE.

<http://lattes.cnpq.br/8912008641767629>

Amanda de Cassia Costa de Oliveira

Enfermeira. Mestranda em Gerontologia.

Especialista em Enfermagem em Estética;

Enfermagem em Pediatria e Saúde

Mental; Enfermagem em Gerontologia;

Enfermagem Dermatológica e Docência no Ensino Médio, Técnico e Superior para Enfermeiros. Conselheira Suplemente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Saúde Estética (SOBESE). Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba.

<http://lattes.cnpq.br/4566145623466051>

Andrea dos Santos Albuquerque Van-Dúnem

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem.

Mestrado em Enfermagem. Docente na

Faculdade Estácio de Carapicuíba.

<http://lattes.cnpq.br/5039670614450408>

Fabiana Lopes Pereira Santana

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem.

Mestrado em Enfermagem. Especialista em Docência em Enfermagem;

Enfermagem Neonatal e Gerenciamento em Enfermagem. Preceptora de Atividades Práticas em Enfermagem na Universidade São Judas. Docente na Faculdade Estácio de Carapicuíba.

<http://lattes.cnpq.br/0892814982829343>

Liana Richelma Lima Leme

Enfermeira. Mestrado em Enfermagem.

Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Docente na Universidade de Guarulhos;

Faculdades Integradas de Ciências e Saúde e Educação de Guarulhos;

Faculdade Estácio de Carapicuíba.

<http://lattes.cnpq.br/1177759326926904>

Agricio Pedro de Alcantara

Enfermeiro Intensivista. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência;

Docência do Ensino Médio Técnico e Superior para a Área da Saúde. Preceptor de Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem na Faculdade Estácio de Carapicuíba.

<http://lattes.cnpq.br/8461155704403428>

RESUMO: A educação é vista como uma forma de facilitar a libertação do conhecimento ou mesmo como uma ferramenta de transformação social. A formação na área da enfermagem requer o desenvolvimento de aptidões e competências pluralizadas nas práticas realizadas nos diversos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. A busca dos artigos se deu nas bases de dados da SCIELO utilizando os seguintes descritores: educação, enfermagem, educação a distância. Foram encontrados 27 artigos publicados entre 2017 e 2023, dos quais foram selecionados 19 para compor o desenvolvimento do presente estudo. As instituições de ensino superior são responsáveis por formar profissionais qualificados e capacitados para atuar com habilidade e competência. A educação em saúde é uma estratégia que melhora a assistência de enfermagem, envolvendo atividades educacionais no cuidado ao paciente. O ensino a distância é uma alternativa viável de educação em tempo integral para profissionais da saúde. A formação de enfermagem deve ser discutida para além das evidentes contribuições das estratégias de ensino-aprendizagem e discutir ideias que sejam ainda o alicerce para a formação profissional e transformadora em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Educação, Enfermagem, Educação a Distância.

NURSING TEACHING AND DISTANCE EDUCATION: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Education is seen as a way to facilitate the release of knowledge or even as a tool for social transformation. Training in the area of nursing requires the development of plural skills and competences in the practices carried out in the various health services. This is a literature review of the narrative type. The search for articles took place in the SCIELO databases using the following descriptors: education, nursing, distance education. 27 articles published between 2017 and 2023 were found, of which 19 were selected to compose the development of the present study. Higher education institutions are responsible for training qualified and trained professionals to act with skill and competence. Health education is a strategy that improves nursing care, involving educational activities in patient care. Distance learning is a viable alternative for full-time education for health professionals. Nursing training should be discussed beyond the evident contributions of teaching-learning strategies and discuss ideas that are still the foundation for professional and transformative training in nursing.

KEYWORDS: Education, Nursing, Distance Education.

INTRODUÇÃO

A educação é vista como uma forma de facilitar a libertação do conhecimento ou mesmo como uma ferramenta de transformação social, pois deve expressar uma motivação dinâmica para criar e recriar o pensamento. Mudanças também ocorreram ao longo do tempo devido aos diferentes contextos sociais, políticos e econômicos em que o mundo vive¹.

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Enfermagem são referências para a formação de profissionais competentes, críticos e comprometidos com a saúde da população reforçam a importância da articulação entre o campo da educação em saúde e

são documentos legais que norteiam a condução da formação em enfermagem².

A educação em enfermagem tem passado por uma série de mudanças, particularmente nas últimas quatro décadas, evidenciadas por sua alta capacidade de inovação e transformação de práticas vencidas em modelos de enfermagem qualificados e sustentáveis³.

Para exercer a enfermagem é preciso ter um embasamento técnico e científico baseado em princípios éticos e humanísticos para tornar a prática social e política decisiva e transformadora. A educação em saúde dá um contributo fundamental para a troca de saberes e experiências, desenvolvendo estratégias dialógicas de construção do conhecimento entre docentes e discentes, fazendo com que ambos se sintam responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem e desenvolvendo competências para uma construção compartilhada⁴.

A formação na área da enfermagem requer o desenvolvimento de aptidões e competências pluralizadas nas práticas realizadas nos diversos serviços de saúde, em consonância com o perfil profissional esperado pelo mercado de trabalho⁵.

Consequentemente, o processo formativo do enfermeiro generalista deve proporcionar competências para que possa prestar cuidados primários de saúde, fazer busca ativa, atuar na promoção, prevenção e tratamento de agravo à saúde, seja pessoal ou coletivo⁵.

Portanto, justifica-se a necessidade de realizar uma apreciação sobre o ensino de enfermagem. Compreender a mudança de perspectiva desse processo na atualidade. Depois de muitas mudanças pedagógicas é imprescindível que a educação em saúde traga novas diretrizes curriculares, assim, o estudante possa ter um processo formativo de qualidade.

Diante do exposto, este estudo possui o objetivo de refletir acerca do ensino de enfermagem para a formação de futuros profissionais.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. Deve-se notar que os estudos de revisão se preocupam em organizar, esclarecer e resumir os principais trabalhos existentes, bem como fornecer menções completas que sobreponham a gama de literatura relevante em uma área⁶.

A busca dos artigos se deu nas bases de dados da SCIELO utilizando os seguintes descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), a saber: educação, enfermagem, educação a distância. A amostra do estudo foi realizada a partir de estudos completos disponíveis na língua portuguesa publicados entre 2017 e 2023.

Após a busca foram encontrados 27 artigos, restando 19 dentro dos critérios escolhidos para composição deste manuscrito, conforme fluxograma de busca (Figura 1).

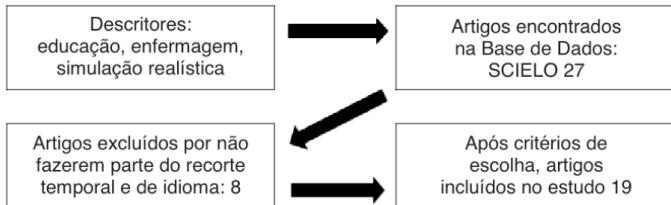


Figura 1. Fluxograma de busca.

Fonte: Maia, Oliveira, Van-Dúnem, Santana, Leme, Alcantara, 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assim, a partir da leitura do material selecionado, surgiram os seguintes temas: educação em saúde e enfermagem; educação a distância em saúde.

Educação em Saúde e Enfermagem

No que se refere à formação dos profissionais de saúde, o Ministério da educação propôs as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as carreiras da área da saúde visando à transmutação das práticas docentes, uma vez que esse processo tem ocorrido ao mesmo tempo. viveu nos serviços deste campo⁷.

As DCN mostram que instituições formadoras devem estabelecer seus programas de acordo com as necessidades as fases da vida da população e o contexto de saúde do país o que torna necessário considerar o ensino do biológico, humano, social, saúde e enfermagem⁸.

As instituições de ensino superior são responsáveis por formar profissionais qualificados e capacitados para atuar com habilidade e competência. Nos cursos da área da saúde é fundamental que a universidade e o corpo docente desenvolvam estratégias pautadas na formação do acadêmico como ser ético, histórico, crítico, reflexivo, transformador, com visão indissociável entre teoria e prática humanizada⁹.

A Educação em Saúde, definida como um conjunto de atividades influenciadas e modificadas por conhecimentos, atitudes, comportamentos e religiões, é considerada como forma de promover o bem-estar da população por meio dos serviços prestados pela equipe interdisciplinar para controle e prevenção de doenças¹⁰.

A educação em saúde é uma estratégia que melhora a assistência de enfermagem, envolvendo atividades educacionais no cuidado ao paciente, utilizando os recursos disponíveis nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Essas ações são importantes para melhorar a qualidade de vida das pessoas e melhorar o seu trabalho diário¹¹.

A educação em saúde valoriza a construção do pensamento crítico e, ao mesmo tempo, promove a necessidade de batalhar pelo direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida. Assim, pode contribuir significativamente para a transmutação da realidade vivida

pelas pessoas com doença. Dessa forma, possibilita a criação ou revelação de possibilidades para o alcance da autonomia que, por sua vez, não é entendida como ausência de qualquer tipo de dependência, mas como alargamento da compreensão sobre o processo saúde/doença, autocuidado e capacidade da pessoa para lidar com o seu potencial¹².

Conforme entendido no campo da formação em enfermagem há propostas de transformações que consideram aspectos pedagógicos, respaldados na resolução do Conselho Nacional de Educação que institui as DCN no Brasil. Essas diretrizes visam à formação profissional, preparando os alunos para os desafios das mudanças da sociedade do mundo e do próprio trabalho, que incluem as necessidades sociais, o sistema de saúde brasileiro e o trabalho em equipe. Quando buscamos o conhecimento como algo incompleto e processual, a formação em enfermagem não deve ser entendida como uma sequência de ações padronizadas, mas como uma troca de saberes científicos e populares⁷.

A educação em saúde, traduzida como prática social, pautada no diálogo e no compartilhamento de saberes, é uma das formas estruturantes das práticas de saúde¹³.

Educação a Distância em Saúde

A educação é um processo ativo, nem um nem outro. Isso é persistente e pode acontecer de muitas maneiras diferentes. O ensino a distância (EaD) é uma delas. Na educação a distância, os alunos são capacitados para criar e explorar novas habilidades que permitem que eles sejam protagonistas de sua aprendizagem, tornem-se autônomos e se envolvam com a realidade cotidiana¹⁴.

O ensino a distância caracteriza-se como um recurso tecnológico onde alunos e professores desenvolvem atividades educativas em diferentes locais e/ou tempos. No Brasil, está disponível nos níveis básico, técnico, graduação e pós-graduação¹⁵.

O ensino a distância no Brasil é um fenômeno do século XXI. Nessa afirmação fica claro que não estamos considerando as experiências específicas dos séculos XIX e XX. As experiências anteriores foram em sua maioria experimentos informais, não particularmente importantes no contexto da educação geral da população brasileira. Esta é uma nova era em que o interesse pela distância é completamente distinto baseado na educação¹⁶.

A atual sociedade do conhecimento vive uma explosão de informação que afeta várias áreas das nossas vidas, centrada nas fontes de informação digital. Por outro lado, o setor educacional não está imune à influência desses recursos digitais. Se no século passado a principal fonte de informação além dos professores para a maioria dos alunos eram os livros e revistas impressos, hoje uma ampla gama de informações é transmitida rapidamente pela Internet¹⁵.

O ensino a distância é importante para os profissionais de saúde, pois oferece oportunidades educacionais e de credenciamento, permitindo que os alunos aproveitem melhor o tempo disponível para melhor controle e gerenciamento de seu processo educacional. Suas principais características são estimulação, autonomia e

autoaprendizagem¹⁷.

O ensino a distância é uma alternativa viável de educação em tempo integral para profissionais da saúde, principalmente em países continentais como o Brasil, que não precisam deixar o emprego para estudar. Este é um fator muito importante para este cliente com diferentes relações de trabalho¹⁸.

O ensino a distância tem se mostrado uma estratégia que pode promover a aprendizagem contínua ao reconhecer as equipes, a colaboração e a interação como indicadores do processo de ensino e aprendizagem. Uma perspectiva de aprendizagem colaborativa enfatiza que o ensino a distância traz cadência de uma relação horizontal entre professor e aluno, permitindo que os professores sejam árbitros da aprendizagem e não guardiões do conhecimento¹⁹. O ensino a distância serve como um meio provocativo para que alunos e professores descubram informações, troquem produtos e desenvolvam iniciativas¹⁵.

A literatura aponta que há um movimento de mudança na educação de enfermagem no Brasil. No entanto, é preciso diminuir as resistências à mudança e estimular a reflexão sobre o ensino, a fim de superar desafios e introduzir novos no processo de aprendizagem⁷.

CONCLUSÃO

A educação em enfermagem passou e ainda passará por diversas mudanças e conquistas importantes, tanto do ponto de vista epistemológico quanto do referencial teórico-filosófico, que será utilizado na prática educativa nos projetos pedagógicos e matrizes curriculares.

A formação profissional tem um impacto decisivo na prática profissional e pode contribuir para a reprodução de modelos biológicos, clínicos e pessoais ou de modelos integrais que tenham em conta as necessidades sociais, históricas e culturais das pessoas.

No ensino de enfermagem, propomos que se baseie na integração de conteúdos, supere o modelo clínico individualizado e terapêutico para um modelo baseado num sistema de saúde integral em todas as suas vertentes.

A educação em saúde visa promover a saúde em todos os âmbitos da vida por meio de ações educacionais realizadas pelas equipes de saúde. Inclui os aspectos práticos e teóricos da promoção prevenção ou retardamento da presença de doenças na comunidade.

A formação de enfermagem deve ser discutida para além das evidentes contribuições das estratégias de ensino-aprendizagem, o ensino a distância surge como adaptação a um contexto do ensino de chegar mais perto do aluno distante, mas que o ensino presencial, o toque, o olhar, discutir ideias que sejam ainda o alicerce para a formação profissional e transformadora em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Bezerril MS, Chiavone FBT, Lima JVH, Vitor AF, Ferreira Júnior MA, Santos VEP. Ensino de enfermagem: uma análise do conceito segundo o método evolucionário de Rodgers. *Escola Anna Nery*. 2018; 22(4).
2. Nóbrega MPSS, Venzel CMM, Sales ES, Próspero AC. Ensino de enfermagem em saúde mental no Brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20180441.
3. Pissaia LF, Costa AEK, Moreschi C, Rempel C, Carreno I, Granada D. Impacto de tecnologias na implementação da sistematização da assistência de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Epidemiol Controle Infecção*. 2018; 8(1):92-100.
4. Andrade EGR, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Souza DF. Contribution of academic tutoring for the teaching-learning process in Nursing undergraduate studies. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(suppl 4):1690-8.
5. Nóbrega MPSS, Venzel CMM, Sales ES, Próspero AC. Ensino de enfermagem em saúde mental no Brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29:e20180441.
6. Goi MG, Oliveira DR. Produção do conhecimento de enfermagem acerca de cuidados paliativos: revisão narrativa. *Rev Contexto & Saúde*. 2018; 18(34):20-26.
7. Lucon SMR, Bracciali LAD, Pirola SM, Munhoz C. Formação do enfermeiro para atuar na central de esterilização. *Rev SOBECC*. 2017; 22(2): 90-97.
8. Felix AMS, Maia FOM, Soares RAQ. Atenção primária à saúde e educação em enfermagem no Brasil. *Enferm Foco*. 2019; 10(6):175-182.
9. Baricati CCA, Martins JT, Yagi MCN, Kreling MCGD, Karino ME, Volpato MP. Monitoria: metodologia ativa na prática do cuidar em um curso de enfermagem. *Braz J Surg Clin Res*. 2018; 21(1):76-78.
10. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, Santana CLA, Tanaka LH. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1144-51.
11. Costa DAC, Cabral KB, Teixeira CC, Rosa RR, Mendes JLL, Cabral FD. Enfermagem e a educação em saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*. 2020;6(3):e6000012.
12. Brusamarello T, Maftum MA, Mantovani MF, Alcantara CB. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. *Saúde (Santa Maria)*. 2018; 44(2):1-11.
13. Santos BS, Santos AT, Parizani D, Figueiredo FRB, Medea AG, Oliveira ML, Maia JS, Maia LFS. O enfermeiro como educador para benefício do parto normal. São Paulo: Revista Remecs. 2016; 1(1):24-36.
14. Oliveira ES, Freitas TC, Sousa MR, et al. A educação a distância (EaD) e os novos caminhos da educação após a pandemia ocasionada pela Covid-19. *Braz J of Develop*. 2020; 6(7):52860-52867.
15. Faleiro FRG, Salvago BM. Educação a distância nos cursos de graduação em odontologia no Brasil. *Rev Bras Aprend Aberta*. 2018; 1:e45.
16. Giolo J. Educação a distância no Brasil: a expansão vertiginosa. *RBPAE*. 2018; 34(1):73-97.

17. Cezar DM, Costa MR, Magalhães CR. Educação a distância como estratégia para a educação permanente em saúde? Rev Em Rede. 2017; 4(1):106-115.
18. Torres KRBO, Luiza VL, Campos MR. A educação a distância no contexto da política nacional de saúde da pessoa idosa: estudo de egressos. Trab Educ Saúde. 2018; 16(1):337-360.
19. Scorsolini-Comin F, Melo LP, Rossato L, Gaia RSP. Educação a distância na formação em enfermagem: reflexões sobre a pandemia da COVID-19. Rev Baiana Enferm. 2020; 34:e36929.

CAPÍTULO 15

NEXOS/INTERCONEXÕES ENTRE O RURAL E O URBANO: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

Data de submissão: 09/08/2023

Data de aceite: 01/09/2023

Fabiane Debastiani

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<http://lattes.cnpq.br/1522559829904258>

Juliana Fabris

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<https://lattes.cnpq.br/4337994349416457>

Silvana Teresa Neitzke Wollmann

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<http://lattes.cnpq.br/0130272542838384>

Leila Mariza Hildebrandt

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<http://lattes.cnpq.br/8447333498388101>

Marta Cocco da Costa

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<http://lattes.cnpq.br/8557033172028151>

Ethel Bastos da Silva

Universidade Federal de Santa Maria
Palmeira das Missões - RS
<http://lattes.cnpq.br/8503234995266686>

precisa-se considerar o entrelaçamento teórico dos conceitos e o dinamismo envolvido na caracterização dos mesmos. Objetivo: Discutir o contexto da ruralidade a partir das construções teóricas e conceituais. Método: Reflexão teórica construída a partir de sínteses reflexivas da disciplina de Atenção à Saúde no Contexto da Ruralidade do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade, da Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS. Resultados: As dimensões da ruralidade partiram do imaginário ao real e das discussões e reflexões do grupo. A realidade destacada teve como base as vivências pessoais e profissionais no contexto rural, mediada por referencial teórico. Discussão: Historicamente foi observado as transformações, entendimento e compreensão do rural. E ao refletir sobre a temática é necessário considerar o dinamismo, as formas de mudança, as intervenções e as múltiplas leituras. Considerações finais: A aproximação da temática possibilitou potencializar as reflexões, a fim de contribuir na atuação profissional.

PALAVRAS-CHAVE:

Território

Sociocultural; Dinâmica Populacional;
Enfermagem; Educação de Pós-Graduação.

RESUMO: Introdução: Ao discutir a temática da ruralidade e a saúde, primeiramente

NEXES/INTERCONNECTIONS BETWEEN THE RURAL AND THE URBAN: CONCEPTUAL APPROACHES

ABSTRACT: Introduction: When discussing the theme of rurality and health, it is first necessary to consider the theoretical interweaving of concepts and the dynamism involved in their characterization. Objective: To discuss the context of rurality based on theoretical and conceptual constructions. Method: Theoretical reflection built from reflective syntheses of the discipline of Health Care in the Context of Rurality of the Graduate Program in Health and Rurality. Results: The dimensions of rurality started from the imaginary to the real and from the group's discussions and reflections. The highlighted reality was based on personal and professional experiences in the rural context, mediated by theoretical references. Discussion: Historically, the transformations, understanding and comprehension of the rural environment have been observed. And when reflecting on it, it is necessary to consider dynamism, forms of change, interventions and multiple readings. Final considerations: Approaching the theme made it possible to enhance reflections, in order to contribute to professional performance.

KEYWORDS: Sociocultural Territory; Population Dynamics; Nursing; Graduate Education.

1 | INTRODUÇÃO

Ao discutir a temática da saúde e ruralidade, primeiramente vale destacar a multiplicidade de leitura do rural. As definições partem de diversos conceitos, entendimentos e características, por isso se faz necessário considerar as vertentes e autores da temática. O Ministério da Saúde (MS), por meio do Guia de Vigilância em Saúde, comprehende que o espaço urbano é aquele que apresenta características de cidade e urbanização, ou seja, maior concentração populacional e de serviços de fácil acesso (administração, saúde, segurança, comércio e lazer); enquanto o espaço rural apresenta-se com menor concentração populacional e, comumente, afastadas dos centros urbanos e serviços públicos oferecidos (BRASIL, 2019). No material elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observou-se que pode haver diferentes formas de classificação, compreensão e análise do espaço urbano e rural, além das questões territoriais, pois a compreensão do urbano-rural pode ser definido por fins administrativos-burocráticos, delimitação territorial administrativa ou político-administrativo, patamar demográfico ou concentração populacional ou densidade demográfica e análise das edificações e estruturas (ruas e uso do solo) (IBGE, 2017). Porém, vale destacar que a mutabilidade territorial ocorre nos dois cenários e um espaço pode apresentar características tanto urbanas, quanto rurais.

Assim, cabe considerar que, com o passar dos anos, houve um constante movimento de urbanização no território brasileiro e, consequentemente, um significativo êxodo rural. Esse movimento foi confirmado pelo IBGE em 2010, em que a população residente em área urbana representava aproximadamente 84%, enquanto a da área rural representava 16% da população brasileira (IBGE, 2010). Para descrever a população rural brasileira, se faz necessário considerar a diversidade de raças, etnias, povos, religiões, crenças e culturas, com sistemas de produção de renda distintos, inseridos em uma rica biodiversidade

(BRASIL, 2013) e as vulnerabilidade que esta população é exposta.

Segundo Wanderley (2009, p. 297), o meio rural possui uma dinâmica interna que transforma suas relações sociais e que envolve demandas complexas: (re) arranjos familiares, sentimento de pertencimento, assuntos patrimoniais e econômicos; acontecimentos culturais, religiosos e ambientais. Este meio também sofre influência e é modificado por um espaço social “externo”, sobretudo por questões relacionadas ao mercado e a vida urbana.

Essas relações sociais no meio rural estão presentes nos vínculos entre familiares, vizinhos e a comunidade, constituindo a base da vida social e modo de vida, pois essa relação estão presentes na troca de mão de obra no trabalho, produção, atividades de lazer, religiosidade e cuidado comunitário.

Também, o espaço rural pode caracterizar-se como um “produto de consumo da população urbana”, por meio da aquisição de propriedades rurais para lazer ou residência definitivas/temporárias (WANDERLEY, 2009). Este movimento baseia-se na crença que residir ou vivenciar nesses espaços está vinculado a uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, comprehende-se que não há o desligamento da relação rural-urbano, ou seja, mesmo que os cenários se encontram em espaços diferentes há um fluxo de bens e capital, recursos naturais, pessoas, trabalho, informações e tecnologias (IBGE, 2017).

Assim, observa-se que a multiplicidade de olhares teóricos para o rural se apresenta como vasto e complexo quando busca-se caracterizá-lo e comprehendê-lo. Seguindo este entendimento, as inquietações e reflexões, busca-se ampliar a reflexão sobre a ruralidade nas diferentes interpretações e compreensões e, com isso, relacionar com a atenção à saúde. Desta forma, este trabalho tem o objetivo de discutir o contexto da ruralidade a partir de reflexões conceituais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica construída a partir das sínteses e discussões realizadas na disciplina de Atenção à Saúde no Contexto da Ruralidade, no período de setembro a dezembro de 2022. A referida disciplina está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR) na Universidade Federal de Santa Maria, campus Palmeira das Missões/RS.

O programa de pós-graduação oferta o curso de forma interdisciplinar, em nível de mestrado e com ingresso de novos estudantes semestralmente. A disciplina foi ministrada por quatro docentes e cursada (neste período) por 21 mestrandos, na maioria enfermeiros.

Partindo da questão indutora: “O que é o rural para você? E como descreveria?”, os mestrandos foram incentivados a discutir e refletir sobre suas experiências prévias com o rural e a ruralidade, além de fazer leituras e debates para a elaboração de sínteses teóricas e produção de trabalho sobre a temática. Esses deram origem a este artigo.

Como esta construção trata-se de uma reflexão teórica, a mesma não precisou passar pela apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 | RESULTADOS

Os resultados deste trabalho baseiam-se na visão da ruralidade, partindo do imaginário ao real diverso oriundas das discussões e reflexões do grupo. A realidade evidenciada pelos mestrandos respalda-se nas vivências pessoais e profissionais de aproximação com o contexto rural e a proposta de ruralidade. Vale destacar que, em muitos momentos, o real contexto vivenciado pelo espaço rural encontra-se longe das condições esperadas pelos mestrandos e compreendidas como adequadas de vida e viver.

Durante as discussões, emergiram questões relacionadas ao espaço do rural visto pela “lente geográfica”, a qual apresenta-se como um território delimitado pela localização e organização populacional, e distante dos centros urbanos, onde se encontram os serviços essenciais, como: serviços públicos, econômicos e administrativos, dentre outros. A distância da área urbana, em relação ao rural, pode ser considerada uma situação de vulnerabilidade quando não há estradas e transportes públicos seguros e acessíveis para as famílias residentes ou quando os indivíduos não possuem transporte particular, dificultando a mobilidade para outros locais e acessar serviços e bens de consumo.

Nestes espaços, vivem populações de distintas origens raciais, crenças, cultura, modos de trabalho, lazer, economia, escolaridade, relações sociais, geração e historicidade. A exemplo temos as populações negras, brancas, amarelas, pardas e indígenas, bem como, os descendentes de quilombolas, ribeirinhos, pescadores, agricultores, imigrantes e emigrantes, dentre outros.

As populações residentes no cenário rural, geralmente, produzem alimentos para comercialização e consumo familiar e organizam-se socialmente conforme suas culturas e são acometidas pela evolução das cidades e lugares que fazem parte de suas relações. Desta forma, comprehende-se a necessidade de políticas públicas, econômicas, de educação, saúde, transporte, segurança e ambientais que atendam suas peculiaridades e vulnerabilidades.

Os diversos espaços apresentam formas de desenvolvimento relacionadas ao bioma em que vivem, dependendo de subsídios e políticas públicas governamentais para seus avanços sociais, econômicos, culturais e de trabalho, enfim, de manutenção da vida e condições de saúde. Logo, se as políticas governamentais deixam de existir/atuar, essas populações enfrentam grandes desafios na manutenção de vida, sobrevivência e saúde; vivenciando condições com grande potencialidade de adoecimentos e não manutenção da vida, ou migram para residir em um novo lugar buscando outras alternativas para viver. Este pode ser um dos motivos do êxodo rural, principalmente dos jovens.

Ao olhar para este local pela lente do desenvolvimento social ampliado, o ser humano

é reconhecido como elemento central, pois considera-se a promoção de capacidades e liberdades individuais capazes de mobilizar recursos para o bem-estar pessoal e familiar (mobilizar os membros da família, recursos financeiros e poder público para melhorar sua qualidade de vida), além de ações dos indivíduos e a capacidade de resposta.

Nessa perspectiva, quanto melhor a qualidade de vida das pessoas, maior será a fonte de recursos acessados pelas unidades familiares. Assim, inverte-se o paradigma centrado apenas nos recursos financeiros, pois considera-se o desenvolvimento dos indivíduos com trabalho, renda, lazer e escolaridade, o que contribui positivamente para o desenvolvimento econômico local. Também, se faz necessário considerar aspectos fundamentais, como: social/cultural, político/institucional, ambiental e econômico, além da relação e necessidade de manter o equilíbrio entre todos os aspectos.

O viver na ruralidade apresenta um modo de organização social complexo, que orienta as condutas e valores seguidos pelas populações que vivem no ambiente rural. Esta orientação permeia a produção de alimentos, trabalho familiar e social com a prática de troca de “mão de obra” entre vizinhos, opções de lazer usufruído na coletividade e, geralmente, famílias mais numerosas.

Também, existe um enredamento do contexto rural e as diferentes vulnerabilidades que o cenário pode oferecer aos indivíduos residentes, porém destaca-se que morar em um ambiente rural não é sinônimo, obrigatoriedade, de estar em uma situação de vulnerabilidade. Esta premissa fortalece a complexidade do cenário e das experiências vividas.

Como tópico relevante, o movimento reflexivo trouxe a (re)significação da palavra desenvolvimento, a qual, por diversas vezes e como entendimento difundido culturalmente, se remete a aspectos positivos e ideias de melhoria e questões econômicas. Exemplificando esse contexto, as cidades ricas são tidas como desenvolvidas, sendo conceituadas como sinônimos (conceitos estes que devem ser revistos), o que nem sempre condiz com a realidade.

O território brasileiro é vasto e apresenta distintas características nas diferentes localidades, desta forma os espaços rurais também são diversos em tamanho, modo de viver e produzir saúde. Sendo assim, a noção de que o espaço rural é complementar ao urbano reforça a necessidade de maior articulação das políticas públicas em rede e o olhar para estes territórios. Na Figura 1 está representada a articulação das populações entre os cenários urbanos e rurais, construída a partir das discussões e reflexões em Wanderley (2009).

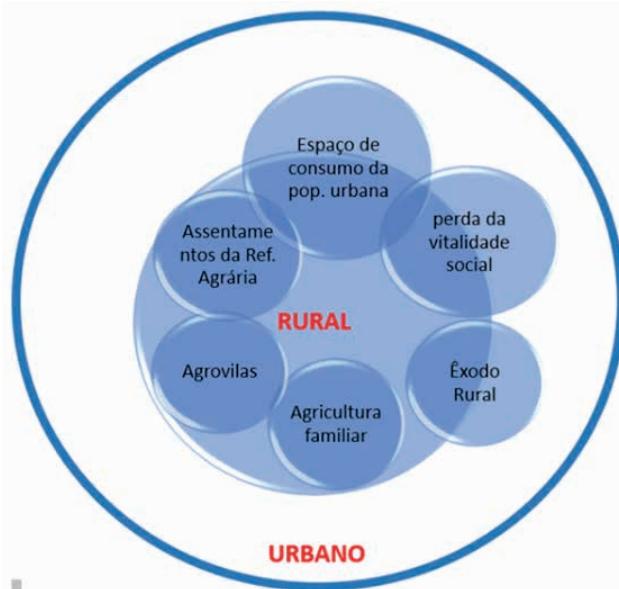


Figura 1: Representação das reflexões do cenário rural

Fonte: Elaborada pelas autoras em umas das atividades proposta pela disciplina.

Considerando essa explanação, quando o Sistema de Saúde Público brasileiro olhar para as pessoas que vivem no cenário rural e o seu modo de viver espera-se que o mesmo reconheça o potencial de desenvolvimento local e a capacidade de cuidado em saúde na perspectiva da promoção e prevenção de doenças e agravos, pois mesmo que haja desafios semelhantes aos encontrados atualmente, vale destacar o olhar ampliado para os diferentes territórios.

4 | DISCUSSÃO

Considerando o contexto histórico do cenário brasileiro, destaca-se que a população se tem apresentado num constante movimento de modificação, adaptação e urbanização. Conforme Carneiro (2012), na descrição deste “novo rural” e o “renascimento rural”, □ da população brasileira era considerada urbana, de acordo com o censo do IBGE de 2000, e nos pequenos municípios a maioria dos habitantes residia em áreas rurais. Em comparativo com os dados da década de 1990, a população brasileira rural apresentou um crescimento de 1,1% ao ano, sendo que neste período o crescimento anual da população era de 1,3%, comportando-se de forma distinta nos espaços rurais dos Estados brasileiros. Esse movimento está relacionado ao declínio da população na agricultura e o crescimento das ocupações não agrícolas, que tiveram um aumento anual de 6,1% no período de 1996 a 1999. Também, observava-se ascensão de desempregados e aposentados rurais, favorecendo aos jovens a mudança de ramo não agrícola, por valorização e remuneração

(CARNEIRO, 2012).

Reforça-se os dados do IBGE de 2010, em que aproximadamente 84% da população brasileira residia em área urbana, e os quase 16% da população em área rural (IBGE, 2010). Sabe-se que o movimento migratório da população rural para a área urbana e grandes centros teve maior força no período de desenvolvimento industrial, pela busca de emprego e melhores condições de vida. Entretanto, observou-se que houve diminuição desse movimento nos últimos anos, embora ainda significativo (HEIN; SILVA, 2019; WANDERLEY, 2009).

O êxodo rural é abordado pelas condições desfavoráveis para residir em alguns espaços rurais e, dentre as características destacadas, estão as dificuldades de acesso a bens e serviços, escassez ou empobrecimento dos recursos naturais e excessiva concentração de estrutura fundiária, sendo que esta última tem contribuído para estimular jovens a procurar “oportunidades” nas cidades e grandes centros (WANDERLEY, 2009). Isso colabora para o esvaziamento em médio e longo prazo do cenário rural, como pode ser visto nos dados anteriormente apresentados.

Neste contexto, antes de compreender os movimentos migratórios, se faz necessário compreender a população brasileira e considerar sua diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas distintas, produção de renda e biodiversidade variada (BRASIL, 2013). Ainda, precisa-se considerar que o espaço rural é complementar ao urbano. Considerando esse aspecto, menciona-se a agenda 2030, a qual faz um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade (ONU-BR, 2022).

Refletindo sobre o desenvolvimento social ampliado proposto por Sen (2010), o crescimento rural não está relacionado à urbanização do campo, modernização agrícola, aumento de produção, industrialização ou aumento na renda, mas ao uso adequado de recursos em prol da comunidade local. Nesse contexto, os espaços rurais apresentam as mesmas características de vida social e comunitária, porém diferem-se em seus cenários e características populacionais. Assim, ressalta-se a importância de considerar que a área rural é habitada por pessoas/proprietários e não de terras, que desenvolvem pluriatividade (possibilidade de desenvolver diversas atividades, morar no rural, novas formas de produção, espaço para hospedagem/produção agrícola/restaurante) e multifuncionalidade (novas funções além da agricultura desde os condomínios luxuosos, trabalhar fora do espaço rural, alternativas de proteção de mananciais que geram uma rentabilidade, espaços de lazer).

Logo, comprehende-se a conexão entre a ruralidade com o ambiente, em que a primeira se caracteriza por um modo de vida pertinente ao meio rural e a segunda com a presença das relações internas específicas, a construção social contextualizada, a reflexão como resultado das ações dos indivíduos que internalizam e externalizam sua condição sociocultural, o reflexo das condições herdadas de seus antepassados e a adaptação às novas condições das influências externas (MEDEIROS, 2017). Isso corrobora com

Wanderley (2009), quando o autor destaca o cenário rural, suas particularidades e potências, seus (re)arranjos familiares e o forte sentimento de pertencimento local, porém não exclui dele a capacidade de influência dos demais espaços sociais externos.

Nesse contexto, o conceito da ruralidade discorre entre muitos autores de forma ampla e complexa, no que se refere às atividades econômica, aspectos sociológicos e etnográficos, formas de construção e redefinição das identidades sociais e culturais; e dos modos de vida das coletividades locais (SCHNEIDER, BLUME, 2004). Entretanto, vale destacar o desafio dessa capacidade de adaptação às mudanças do cenário, pois este movimento crescente de influências externas pode ser compreendido como a demonstração de algumas fragilidades nesta população, como no campo da saúde e por meio de privações socioeconómicas (MENDES *et al.*, 2019), geográficas e organizacionais.

A influência/interação com os espaços externos, por mais que sejam visualizados como desafio no fortalecimento do cenário rural, em muitos momentos permite a visibilidade dos espaços rurais como forma de vivências, bem estar e turismo rural, como são abordadas no texto de Wanderley (2009). Neste sentido, a movimentação das pessoas entre os universos rural-urbano e urbano-rural, permitiu o reconhecimento da mutabilidade dos locais e da interação do rural com os espaços externos, a transformação por meio do turismo rural em uma nova fonte de renda para além do empreendedorismo, estratégia essa que possibilita minimizar o êxodo rural e manter o estilo de vida e valorização cultural (SOLHA, 2019). Essas mudanças contribuem para o desenvolvimento rural.

Pensando em desenvolvimento, considera-se o contexto histórico e aspecto sociocultural, associado ao território como sendo a essência para estratégias em prol de benefícios coletivos. Além disso, pondera-se as capacidades e liberdades do indivíduo, sendo elas: políticas, oportunidades sociais, garantias de transparéncia, segurança e facilidades econômicas, todas em equilíbrio com o planejamento dos atores envolvidos (SEN, 2010). Desta forma, a compreensão do território passa pela relação dos atores atuantes, a capacidade econômica e captação de recursos (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019). Esses autores pontuam que o desenvolvimento da agricultura se relaciona com as atividades econômicas (indústria, comércio, artesanato e outros serviços) e se faz necessário considerar que a agricultura (contexto e recursos) está inserida em um território. Também, ressalta-se que o desenvolvimento está vinculado à capacidade de complementar a renda familiar, por meio de diferentes estratégias econômicas e de utilização da terra (ARENHART; FONTANA, 2020).

De acordo com Oliveira e Feliciano (2020), houve transformações do cenário rural brasileiro, considerando as questões agrárias, as quais contribuíram para a mudança na disponibilidade de alimentos no âmbito rural. Também, houve a perda da vitalidade social relacionada ao movimento das pessoas que residiam e trabalhavam nas propriedades rurais de menor porte e que fortalecem as relações do dinamismo social destes espaços e ‘agora’ migraram suas residências para área urbana, modificando o dinamismo da vida local e nas

relações sociais. Isso se deve pelo fato de as áreas ocupadas pelas propriedades menores cederam espaço à produção em grande escala e monocultura (WANDERLEY, 2009). Lima, Silva e Iwata (2019) se reportam ao espaço rural como uma forma de vida, considerando também a capacidade de promover a segurança alimentar, geração de renda, minimização da pobreza, biodiversidade e preservação da cultura.

Porém, o efeito migratório da população é observado principalmente no pequeno produtor, visto que este busca melhores condições de vida e trabalho. Neste sentido, alguns autores relacionam o “esvaziamento” do rural com a vulnerabilização do espaço, que pode ser caracterizada pelo envelhecimento populacional, desafio de manter a reprodução social e pertencimento da residência em ambiente social; manutenção das propriedades rurais, dificuldades no trabalho e busca por melhores condições de vida e renda (ARRUDA; ARAÚJO, 2019; HEIN; SILVA, 2019). Porém, é necessário mais estudos que busquem identificar/justificar este movimento migratório.

Como consequência do movimento mencionado, Silva (2020) refere que há alimentos disponíveis, porém são necessárias ações que garantam o acesso aos mesmos pela população de maneira permanente ou que as famílias possuam renda suficiente para assegurar o direito à alimentação, sem afetar outras necessidades básicas. Esta afirmação vai ao encontro do risco que as famílias correm pelo comprometimento da renda familiar com outras necessidades, concordando com uma realidade experienciada (direta ou indiretamente) pelos autores deste trabalho. Neste contexto, ao considerar o território rural e a ruralidade, se faz necessário também ponderar as vulnerabilidades ao qual essa população se encontra.

Caminhas (2020) descreve que as dimensões das vulnerabilidades se relacionam por meio da articulação de aspectos subjetivos e individuais, dos contextos sociais e das divergências e fragilidades estruturais. Desta forma, podem levar à (in)capacidade de resposta dos sujeitos perante a exposição a riscos e agravos à saúde. Também, compreender-se a complexidade de estudar e buscar entendimento acerca dos espaços rurais e indivíduos que nele vivenciam, pois, para refletir sobre a ruralidade se faz necessário abordar todas as vertentes reflexivas que influenciam este contexto. Ainda, a participação social é um importante instrumento de mudança na visualização da realidade rural e dos atores presentes nesse cenário, e quando essa ocorre de forma ativa deve-se considerar ações de curto, médio e longo prazo. Ademais, os indivíduos enquanto residentes na área rural proporcionam uma melhor compreensão do local e desafios vivenciados (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

Estas discussões vêm ao encontro do exposto na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2013) e, no ano de 2014, integra a esta mesma Política a População das Águas. Essa é considerada um marco histórico na saúde, pois aborda um olhar diferenciado em atenção à saúde a estas populações, por meio da garantia do direito e acesso à saúde pública, reconhecendo as condições e

determinantes sociais, econômicas, culturais e ambientais dessas populações no processo saúde e doença, incluindo as particularidades e especificidades das mesmas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Com a criação desta Política específica que contempla as populações do campo, floresta e das águas, enfatiza-se o compromisso das três esferas governamentais na descentralização e regionalização das ações de saúde, com a participação da população por meio do controle social, na perspectiva da equidade. As ações em saúde devem ocorrer integrada às demais Políticas Públicas de Saúde, como também intersetoriais, articuladas aos saberes tradicionais, patrimônios genéticos, diversidades sociais e culturais (BRASIL, 2013).

Porém mesmo com a criação e institucionalização de políticas destinadas para este cenário, a visibilidade do rural ainda se torna desafiador na atuação dos profissionais de saúde, pois demanda a criação de estratégias mutáveis com planos contextuais e individualizados, considerando as realidades distintas em espaços territoriais. Ao relacionar com toda a diversidade do contexto da ruralidade com a saúde, é necessário que haja compreensão de toda sua amplitude (SANTOS, ARRUDA, GERHARDT, 2018).

5 | CONCLUSÕES

Revisitar as construções das sínteses, permitiu visualizar a população rural inserida em seu contexto, com suas crenças, culturas, valores, modos de vida e relações sociais, auxiliando nas reflexões do grupo e colaborando na construção dos projetos de pesquisa das mestrandas. Também, a elaboração do trabalho permitiu a aproximação (mesmo que por meio de leituras) de realidades vivenciais no/do contexto rural, dessa forma, ampliando as reflexões frente os desafios enfrentados por essas populações enquanto vivência, acessibilidade e manutenção da saúde. Desta forma, o processo de aprendizagem torna-se válido e potencializador do conhecimento, pois permite (re)significar conceitos e olhares frente a um mesmo cenário e aos indivíduos que dele fazem parte.

Assim, a aproximação da temática possibilita às autoras, enquanto enfermeiras, potencializar as reflexões frente ao processo de cuidado da população rural e urbana contribuindo na atuação profissional de forma resolutiva e significativa, ao profissional e aos usuários do serviço de saúde. Para tanto, destaca-se que conhecer os saberes científicos auxilia na reflexão da prática profissional, porém ainda se faz necessário aproximar o “fazer profissional” do território qualificando as práticas de enfermagem e de saúde na promoção, prevenção e recuperação. Para tanto, esta produção não busca findar as discussões sobre a temática, mas sim instigar os leitores a ampliar as reflexões a fim de contribuir positivamente na formação de opiniões críticas e reflexivas sobre: saúde, dinamismo do território e contribuição da formação profissional.

REFERÊNCIAS

ARENHART, Andrielly; FONTANA, Rosilene de Fátima. Reflexões sobre o Turismo Rural e o Desenvolvimento Sustentável. **Turismo e Sociedade**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 139-157, 1 jun. 2020. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ts.v12i3.69162>. Acesso em: 10 dez. 2022.

ARRUDA, Rafael; ARAÚJO, Victória. A agricultura familiar e as causas que geram o êxodo rural. **Enciclopédia Biosfera**, [S.L.], v. 16, n. 29, p. 1-16, 30 jun. 2019. Centro Científico Conhecer. http://dx.doi.org/10.18677/encibio_2019a1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html. Acesso em: 20 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico] 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

CAMINHAS, Ana Margarida Theodoro. A importância das mulheres agricultoras no fortalecimento da segurança alimentar em um assentamento rural de Córrego Rico, estado de São Paulo. **Revista InterEspaço**, v. 6, n. 19, p. 01-19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18764/2446-6549.e202013>. Acesso em: 29 nov. 2022.

CARNEIRO, Maria José; Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In: **Ruralidades Contemporâneas**: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira. CARNEIRO, M. J. (coord.). Mauad X: FAPERJ. Rio de Janeiro, 2012.

CELLA, Daltro; QUEDA, Oriowaldo; FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta. A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial. **Retratos de Assentamentos**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 69-91, 1 ago. 2019. **Retratos de Assentamentos**. <http://dx.doi.org/10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/2019.v22i1.333>. Acesso em: 10 dez. 2022.

HEIN, André Fernando; SILVA, Nardel Luiz Soares da. A insustentabilidade na agricultura familiar e o êxodo rural contemporâneo. **Estudos Sociedade e Agricultura**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 394, 1 jun. 2019. Revista Estudos Sociedade e Agricultura. <http://dx.doi.org/10.36920/esa-v27n2-8>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE; 2010. Disponível em: http://acesso.mte.gov.br/data/files/8A7C816A2E7311D1013003524D7B79E4/IBGE_CENSO2010_sinopse.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 84 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2023.

LIMA, Antônia Francisca; SILVA, Edvânia Gomes de Assis; IWATA, Bruna de Freitas. Agriculturas e agricultura familiar no Brasil: uma revisão de literatura. **Retratos de Assentamentos**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 50-68, 1 ago. 2019. Retratos de Assentamentos. <http://dx.doi.org/10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/2019.v22i1.332>.

MEDEIROS, Rosa Maria Vieira. Ruralidades: novos significados para o tradicional rural. In: MEDEIROS, R. M. V.; LINDNER, M. **Dinâmicas do espaço agrário: velhos e novos territórios: NEAG 10 ANOS**. 1. Ed. Porto Alegre: Evangraf, 2017. P. 179-190. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/157495>.

MENDES, Tamires Carneiro de Oliveira; MARÍ-DELL'OLMO, Marc; URIBE, Albert Pratsb; LIMA, Kenio Costa; LIMA, André Luiz Barbosa De; BORRELL, Carme; SANZ, Maica Rodríguez. **Índices de Privação Socioeconômica e de Ruralidade: ferramentas para o planejamento e pesquisa em Saúde em nível dos municípios brasileiros**. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2019; 18(37). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.ipsr>.

OLIVEIRA, Fernando Henrique Ferreira de; FELICIANO, Carlos Alberto. Revisando o espaço rural brasileiro: um debate em torno da questão agrária. **Retratos de Assentamentos**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 39-54, 1 fev. 2020. **Retratos de Assentamentos**. <http://dx.doi.org/10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/2020.v23i1.358>. Acesso em: 16 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - BRASIL. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 12 out 2022.

SANTOS, Anajá Antônia Machado Teixeira dos; ARRUDA, Carlos André Moura; GERHARDT, Tatiana Engel. **O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. In: SANTOS, A. A. M. T.; MESQUITA, M. O.; ARRUDA, C. A. M.; GERHARDT, T. E. Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural. Porto Alegre: UFRGS, 2018. p. 161-80. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/184462>. Acesso em: 16 dez. 2022.

SCHNEIDER, Sergio; BLUME, Ron. **Ensaio para uma abordagem territorial da ruralidade: em busca de uma metodologia**. Revista Paranaense de Desenvolvimento, Curitiba, n.107, p.109-135, jul./dez. 2004.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA, Maria Zênia Tavares da. A segurança e a soberania alimentares: conceitos possibilidades de combate à fome no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 25, jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4000/configuracoes.8626>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SOLHA, Karina Toledo. The Rural Universe and the Offer of Rural Tourism Experience in Brazil. **Revista Rosa dos Ventos - Turismo e Hospitalidade**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 615-633, 17 jul. 2019. Universidade Caxias do Sul. <http://dx.doi.org/10.18226/21789061.v11i3p615>. Acesso em: 16 dez. 2022.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A valorização da agricultura familiar e a reivindicação da ruralidade no Brasil. In: WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. **O mundo rural como um espaço de vida**: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 297-309.

CAPÍTULO 16

EL GLUTATIÓN Y LOS ANTIOXIDANTES ENDÓGENOS

Data de aceite: 01/09/2023

Rafael Manuel de Jesús Mex Álvarez

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

María Magali Guillen-Morales

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

David Yanez Nava

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

José Luis Kantun-Haas

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

María Isabel Novelo-Pérez

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

Edwin Román Chulín-Canul

Área de Farmacia de la Facultad de Ciencias Químico Biológicas de la Universidad Autónoma de Campeche.

RESUMEN: Los antioxidantes son muy importante en la salud porque representan un factor protector contra los radicales libres y otras especies prooxidantes responsables del mecanismo etiológico y fisiopatológico de enfermedades como la diabetes, el Parkinson y el Alzheimer; por ello, las células han desarrollado sistemas de protección que prevengan el daño derivado de la oxidación metabólica y de la exposición a factores estresantes como la radiación ultravioleta. Además de los antioxidantes que pueden ingerirse mediante la dieta, las células sintetizan algunos antioxidantes de naturaleza proteíca conocidos como antioxidantes enzimáticos y otros de carácter peptídico como el glutatión; este último es de suma importancia para neutralizar los productos tóxicos de la oxidación microsomal y sirve para proteger a la célula del daño por radicales libres.

¿QUÉ SON LOS ANTIOXIDANTES?

Un antioxidante es una sustancia que retarda o previene la oxidación de un sustrato oxidable con son los lípidos, las proteína, el ADN o cualquier otro tipo de molécula nucleofílica; un compuesto

antioxidante cede electrones a las especies reactivas lo que provoca su oxidación y que el propio antioxidante se transforme en un radical libre con escasos efectos tóxicos.

Los antioxidantes son un factor importante para mantener una salud corporal y celular óptima. Estas sustancias aumentan la capacidad antioxidante del plasma y reduce el riesgo de ciertas enfermedades. Una fuente importante de antioxidantes son las plantas medicinales, las frutas y verduras, las cuales contienen antioxidantes efectivos que pueden reducir el riesgo de enfermedad cardíaca, cáncer, daño relacionado con la diabetes e incluso la ralentización natural del envejecimiento del cuerpo

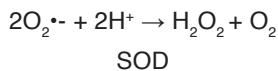
Las funciones antioxidantes implican disminuir el estrés oxidativo, las mutaciones del ADN, las transformaciones malignas, así como otros parámetros del daño celular. Los estudios epidemiológicos han demostrado la capacidad de los antioxidantes para contener los efectos de la actividad de las especies reactivas del oxígeno y disminuir la incidencia de cáncer y otras enfermedades degenerativas

El sistema antioxidante celular está por compuestos enzimáticos y no enzimáticos, que actúan conjuntamente, para así proteger a los compartimentos celulares. Los antioxidantes enzimáticos se considera como la primera línea de defensa y su función es evitar que las ERO se acumulen, esto lo logran al catalizar la transferencia de electrones de un sustrato hacia los radicales libres.

Los antioxidantes impiden que otras moléculas se unan al oxígeno al reaccionar más rápido con los radicales del oxígeno y las especies reactivas del oxígeno que con el resto de las moléculas de la membrana plasmática, el citosol, el núcleo celular o del líquido extracelular. Los antioxidantes evitan alteraciones de moléculas como los lípidos, las proteínas y los ADN; su acción la realizan tanto en medios hidrofílicos como hidrofóbicos y actúan eliminando sustancias tóxicas para mantener el equilibrio entre sustancias prooxidante y los compuestos.

ANTIOXIDANTES ENDÓGENOS

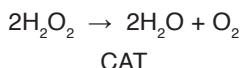
En las células se presentan tres sistemas principales de enzimas antioxidantes: la superóxido dismutasa, la catalasa y la glutatión peroxidasa. La Superóxido dismutasa (SOD) cataliza el cambio del radical superóxido a peróxido de hidrógeno, atraves de una dismutación que es una reacción en la que dos moléculas de sustrato idénticas generan dos compuestos distintos, en este caso en particular, una molécula de superóxido se oxida y la otra se reduce, como se expresa en la siguiente reacción química:



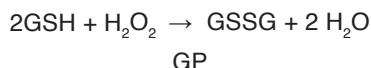
En realidad, el término de SOD se refiere a una familia de metaloenzimas, que contienen cobre y zinc, se conocen cuatro isoformas de SOD, que se ubican en el citoplasma

de la célula, en las mitocondrias y en los fluidos extracelulares; la SOD1 es un homodímero de cobre y zinc localizada en el citoplasma, la SOD2 es un tetrámero con manganeso y se encuentra en la mitocondria, la SOD3 contiene tanto cobre y zinc, la SOD4 presenta hierro en su estructura y se ha aislado en bacterias y algas.

Por su parte, la catalasa (CAT) es una enzima de amplia distribución, que consiste de cuatro subunidades proteicas, cada una con un grupo hemo unido a su sitio activo. Se caracteriza además por presentar una tasa de renovación extraordinariamente elevada (mayor a 40,000 moléculas por segundo); se localiza en las mitocondrias y los peroxisomas, en donde cataliza la dismutación del peróxido de hidrógeno a agua y oxígeno molecular.



Otra enzima antioxidante es la Glutatión-peroxidasa (GP) que utiliza como cofactor al selenio, su función antioxidante es importante en la desintoxicación y en los mecanismos de defensa en el cuerpo y que se ha encontrado en el citoplasma y las mitocondrias de los tejidos animales; la GP cataliza la reacción a través de la cual el glutatión reducido (GSH) reacciona con peróxidos para transformarlos en agua o alcohol; durante el proceso, el glutatión se oxida (GSSG) y tiene que ser transformado al estado original (reducido) por la GP, según se describe en la ecuación siguiente:



En los humanos se han encontrado cuatro isoformas, la GP celular es ubicua, la GP plasmática se sintetiza en las células proximales del riñón, la GP fosfolípido hidroperóxido protege contra la lipoperoxidación, la GP gastrointestinal reduce los hidroperóxidos de colesterol.

Otra enzima que está ligada con el metabolismo del glutatión es la glutatión reductasa (GR) que se encuentra en el citoplasma y contiene FAD en su sitio activo; mientras que la Glutatión S-transferasa (GST) cataliza la conjugación del glutatión con una gran cantidad de compuestos orgánicos, también pueden reducir hidroperóxidos de lípidos por medio de una actividad de glutatión peroxidasa independiente de selenio y sirve para destoxicificar productos de la peroxidación de lípidos.

Existe otro grupo de enzimas que poseen cisteína en su centro catalítico, este conjunto se denomina peroxirredoxinas y son enzimas antioxidantes específicas para el grupo tiol; están involucradas en la degradación enzimática de peróxido de hidrógeno, hidroperóxido y peroxinitrito.

ANTIOXIDANTES NO ENZIMÁTICOS

La primera línea de defensa del organismo contra los radicales libres es la prevención, esta implica bloquear la formación de ERO mediante la quelación de metales (particularmente hierro y cobre) por proteínas y así controlar la lipoperoxidación y la fragmentación del ADN al evitar la participación de iones metálicos en reacciones donde se producen las diferentes ERO. Entre las proteínas que se ligan a metales están la ferritina, la transferrina, la ceruloplasmina, la albúmina y las metalotioneínas.

La transferrina y la ceruloplasmina son las proteínas antioxidante de mayor importancia contenida en el plasma sanguíneo; la primera es una proteína intracelular que quela a los iones férrico y los transpor para prevenir la acumulación de hierro libre circulante, la ceruloplasmina es la encargada de captar el cobre extracelular, su actividad más importante consiste en inactivar el radical superóxido. Otra proteína con acción antioxidante es la albúmina, responsable de captar entre hasta el 50% del total de radicales peroxilo que se generan en el plasma humano, además de que tiene la capacidad de unirse al cobre y, de esta manera, inhibe la formación del radical hidroxilo que se forma a partir del peróxido de hidrógeno

Uno de los antioxidantes endógenos, no enzimático, más importante es el Glutatióñ, tripéptido constituido por cisteína, glutamato y glicina (figura 1), con la particularidad de contener en su estructura un enlace amido inusual entre el grupo amino del aminoácido cisteína con el grupo carboxilo gamma del glutamato.

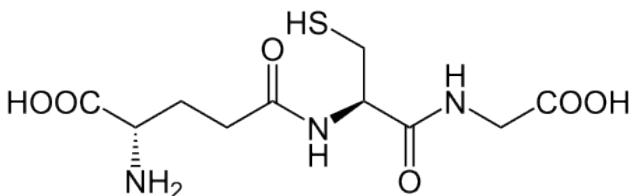


Figura 1. Representación estructural química del glutatióñ.

El glutatióñ desempeña un rol fundamental en la protección celular contra el daño oxidativo de lípidos, proteínas y ácidos nucleicos; también presenta una interacción sinérgica con otros agentes antioxidantes como la vitamina C, la vitamina E y las superóxido-dismutases. El glutatióñ inactiva al peróxido de hidrógeno, al radical superóxido y al radical hidroxilo, además posee la capacidad de reactivar enzimas inhibidas por haber estado expuestas a altas concentraciones de especies oxidantes; en los humanos, la incapacidad para sintetizar glutatióñ puede provocar anemia hemolítica y alteraciones neurológicas.

Otro antioxidante importante es el ácido úrico (figura 2), producto final del metabolismo de las purinas en primates, que funciona como atrapador de radicales libres y cuando reacciona con ERO (superóxido, radical hidroxilo, peróxidos, oxígeno singulete) se produce alantoína, ácido parabénico y otros productos; también existe evidencia que el

ácido úrico puede formar complejos con metales de transición cuando interacciona con el ascorbato.

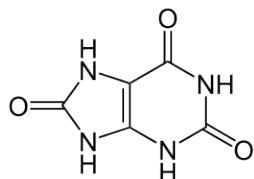


Figura 2. Representación estructural química del ácido úrico.

Por otra parte, la bilirrubina, producto de degradación del grupo hemo en mamíferos, es un poderoso atrapador de radicales peroxilo y de oxígeno singlete y cuando está unida a la albúmina protege a esta última contra el daño por radicales libres. Finalmente, el ácido lipoico, también denominado como ácido tióctico, y su forma reducida (el ácido dihidrolipoico. Figura 3) actúan como potentes neutralizadores de radicales libres y formadores de quelatos metálicos, igualmente sirve para reciclar otros antioxidantes como el glutatión, la coenzima Q10 y las vitaminas C y E, por esta razón se conoce como antioxidante de antioxidantes.

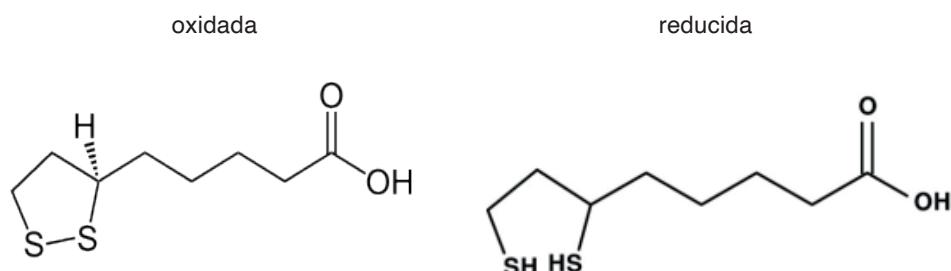


Figura 3. Estructura química del ácido alfa lipoico (forma oxidada) y su forma reducida (ácido dihidrolipoico).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Los sistemas biológicos deben prevenir el daño oxidativo al que están expuesto para mantener su integridad, por ello son de suma importancia los compuestos antioxidantes, tanto los endógenos como los exógenos. Los antioxidantes permiten mantener el equilibrio y evitar el estrés oxidativo que daña a la célula y origina enfermedades.

REFERENCIAS

1. Avello, M.; Suwalsky, M. 2006. Radicales libres, antioxidantes naturales y mecanismos de protección. Atenea. **494** (2): 161-172.

2. Cadenas, E.; Davies, K.J. 2000. Mitochondrial free radical generation, oxidative stress, and aging. *Free Radical Biology and Medicine*. **29** (3-4): 222-230.
3. Cárdenas, N.; Pedraza, J. 2005. Especies reactivas de oxígeno y sistemas antioxidantes: aspectos básicos. *Educación Química*. **17** (2): 164-173.
4. Céspedes, T.; Sanchez, D. 2000. Algunos aspectos sobre el estrés oxidativo, el estado antioxidant y la terapia de suplementación. *Revista Cubana Cardiol* **14** (1): 55-60.
5. Córdova, A.; Ruiz, C. G.; Córdova, C. A.; Córdova, M. S.; Guerra, J. E.; Rodríguez, B. E.; Katherine Arancibia, K. 2009. Estrés oxidativo y antioxidantes en la conservación epidérmica. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*. **3** (1): 1-38.
6. Corrales, L.C.; Muñoz, M.M. 2012. Estrés oxidativo: origen, evolución y consecuencias de la toxicidad del oxígeno. *Nova Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*. **10** (18): 135 – 250.
7. Durand, M.; Mach, N. 2013. El ácido alfa lipoico y su poder antioxidant frente al cáncer y las patologías de sensibilización central. *Nutrición Hospitalaria*. **28** (4):1031-1038.
8. Elejalde, J.I. 2001. Estrés oxidativo, enfermedades y tratamientos antioxidantes. *Anales de Medicina Interna*. **18** (6): 326-335.
9. González, M.C.; Betancourt, M.; Ortiz, R. 2000. Daño oxidativo y antioxidantes. *Bioquímica*. **25** (1): 3-9.
10. Halliwell, B. 2006. Reactive species and antioxidants. Redox biology is a fundamental theme of aerobic life. *Plant Physiology*. **141**: 312-322.
11. Halliwell, B. 2007. Biochemistry of oxidative stress. *Biochemical Society Transactions*. **35**: 1147-1150.
12. Kumar, S. 2014. The importance antioxidant and their role in pharmaceutical science. *Asian Journal of Research in Chemistry and Pharmaceutical Sciences*. **1** (1): 27-44.
13. Kumar, S.; Sharma, S.; Vasudeva, N. 2017. Review on antioxidants and evaluation procedures. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. **1**: 1-12.
14. López, J. 2008. Los alimentos funcionales: importancia y aplicaciones. *Escuela Agrícola Panamerica Zamorano, Chile*. **3**: 121-134.
15. Maldonado, O.; Jiménez, E.N.; Guapillo, M.R.B.; Ceballos, G.M.; Méndez, E. 2010. Radicales libres y su papel en las enfermedades crónico-degenerativas. *Revista Médica Universidad Veracruzana*. **10** (2): 32-39.
16. Mayor, R. 2010. Estrés oxidativo y sistema de defensa antioxidant. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*. **5** (2): 23-29.
17. Pisoschi, A. M.; Pop A. 2015. The role of antioxidants in the chemistry of oxidative stress. *European Journal of Medicinal Chemistry*. **97**: 55-74

18. Pisoschi, A. M.; Negulescu, G. P. 2011. Methods for total antioxidant activity determination. Biochemistry and Analytical Biochemistry. **1** (1): 1-10.
19. Pompella, A.; Visvikis, A.; Paolicchi, A.; De Tata, V.; Casini, A.F. 2003. The changing faces of glutathione, a cellular protagonist. Biochemical Pharmacology. **66** (8): 1499-503.
20. Stadtman, E.; Levine, R. 2003. Free radical-mediated oxidation of free amino acids and amino acid residues in proteins. Amino Acids. **25**: 207-218.
21. Venereo, J.R. 2002. Daño oxidativo, radicales libres y antioxidantes. Revista Cubana de Medicina Militar. **31** (2): 126-133.
22. Yadab, A.; Kumari, R.; Yadab, A.; Mishra, J.P.; Srivatv, S.; Prabha, S. 2016. Antioxidants and its functions on human body. Research in Environment and Life Sciences. **9** (11): 1328-1331.
23. Zorrilla, A. E. 2002. El envejecimiento y el estrés oxidativo. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. **21** (3): 178-185.

CAPÍTULO 17

MODIFICAÇÕES AUTORRELATADAS NA FARMACOTERAPIA DE PACIENTES EM USO DE VARFARINA ATENDIDOS EM DUAS CLÍNICAS DE ANTICOAGULAÇÃO: IMPACTO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS SOBRE O CONTROLE DA ANTICOAGULAÇÃO

Data de aceite: 01/09/2023

Pamela Thayna Silva Machado

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/1569740325705314>

Caryne Margotto Bertollo

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4162378715512598>

Josiane Moreira da Costa

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
<http://lattes.cnpq.br/7190084567436237>

Maria Auxiliadora Parreiras Martins

Universidade Federal de Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/4405925489665474>

Marcus Fernando da Silva Praxedes

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

RESUMO: A varfarina é um fármaco utilizado principalmente como forma de prevenir e tratar eventos tromboembólicos, administrada por via oral e com boa disponibilidade, cujo tratamento exige um manejo farmacoterapêutico complexo, doses individualizadas e que são ajustadas de acordo com os valores de RNI do paciente.

Objetivo: Este trabalho visa, principalmente, identificar por meio de autorrelato as alterações na farmacoterapia de uso crônico dos pacientes acompanhados em dois ambulatórios de hospitais universitários de Belo Horizonte, bem como se esses medicamentos interagem com a varfarina e analisar a influência dessas interações nos valores de TTR dos pacientes. **Método:** Estudo descritivo, no qual os dados foram coletados por meio de contato telefônico com os pacientes nos períodos de julho a dezembro de 2018 (T0), abril a julho de 2019 (T1) e agosto de 2019 a janeiro de 2020 (T2), para identificar possíveis alterações da farmacoterapia em uso, como medicamentos incluídos, retirados, com dose aumentada ou diminuída, além da varfarina. **Resultados e Discussão:** Foram ponderadas as interações medicamentosas em ambos os ambulatórios, e o maior percentual foi identificado no HC-UFGM, e dessas, as interações com a varfarina foram classificadas majoritariamente como moderadas. Essas interações interferem no controle do RNI dos pacientes, e corroboram para que estratégias farmacêuticas sejam empregadas para melhorar a qualidade de vida e farmacoterapia dos pacientes em questão. **Conclusão:** Não foi possível

correlacionar a influência das interações medicamentosas no TTR, entretanto faz-se indispensável uma avaliação crítica da farmacoterapia dos pacientes, visando além disso práticas de educação em saúde e transições efetivas entre a atenção primária e secundária.

PALAVRAS-CHAVE: Varfarina; Interações Medicamentosas; Autorrelato.

SELF-REPORTED CHANGES IN THE PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS TAKING WARFARIN SEEN AT TWO ANTICOAGULATION CLINICS: IMPACT OF DRUG INTERACTIONS ON ANTICOAGULATION CONTROL

ABSTRACT: Warfarin is a drug used mainly as a way to prevent and treat thromboembolic events, administered orally and with good availability, whose treatment requires complex pharmacotherapeutic management, individualized doses and which are adjusted according to the RNI values of the patient. Objective: This work aims, mainly, to identify, by means of self-report, changes in the pharmacotherapy of chronic use of patients followed in two outpatient clinics of university hospitals in Belo Horizonte, as well as whether these drugs interact with warfarin and to analyze the influence of these interactions on the patients' TTR values. Method: Descriptive study, in which data were collected through telephone contact with patients from July to December 2018 (T0), April to July 2019 (T1) and August 2019 to January 2020 (T2), to identify possible changes in the pharmacotherapy in use, such as included, withdrawn, with increased or decreased dose, in addition to warfarin. Results and Discussion: Drug interactions in both outpatient clinics were considered, and the highest percentage was identified at HC-UFGM, and of these, interactions with warfarin were mostly classified as moderate. These interactions interfere with the control of the patients' RNI, and corroborate that pharmaceutical strategies are used to improve the quality of life and pharmacotherapy of the patients in question. Conclusion: It was not possible to correlate the influence of drug interactions on TTR, however a critical evaluation of patients' pharmacotherapy is essential, aiming in addition to health education practices and effective transitions between primary and secondary care.

KEYWORDS: Warfarin; Drug interactions; Self-report.

1 | INTRODUÇÃO

Indicada principalmente para tratamento e prevenção de eventos tromboembólicos, a varfarina é um dos medicamentos da classe dos anticoagulantes mais utilizados na atualidade (BARBOSA, 2018), sendo uma mistura racêmica de enantiômeros R e S (JACOBS, 2008).

Como características farmacocinéticas principais, pode-se destacar que esse fármaco possui uma meia-vida longa e é administrado e rapidamente absorvido por via oral, com alta ligação a proteínas plasmáticas e ainda metabolizado pelo fígado e rins, com eliminação pela urina e fezes (Resumo das características do medicamento, 2006).

No tratamento com esse fármaco, muitas questões devem ser avaliadas, dentre elas, as interações medicamentosas da varfarina, tanto fármaco-fármaco quanto fármaco-alimento que podem gerar como principais desfechos um maior risco de hemorragia para

o paciente (por aumentar o efeito anticoagulante) ou um risco elevado de formação de coágulos (pela inibição ou redução da ação). Além disso, possui interações com produtos naturais que são amplamente utilizados pelos pacientes (LIMA, 2008).

Dentro do cenário de utilização da varfarina, mesmo sendo um fármaco efetivo e utilizado há bastante tempo, muito se estuda até os dias atuais sobre questões de segurança e monitoramento inerentes do seu uso. Portanto, esse presente estudo orientar-se-á no sentido de avaliar as interações medicamentosas presentes nas prescrições dos pacientes e como elas interferem no controle do RNI (Razão Normalizada Internacional) e no TTR (*Therapeutic Time Range*), parâmetros esses utilizados como forma de monitoramento.

Dependendo da indicação clínica da varfarina, há uma faixa ideal de RNI a ser mantida, sendo que a avaliação é feita pelo TTR, é o meio padrão de avaliar a qualidade e o perfil de risco-benefício da varfarina (SILVA, 2020; BAZZO, 2018).

Diante de um manejo farmacoterapêutico complicado que dentre outros fatores não possui uma dose padrão e sim doses individualizadas e ajustadas para cada paciente a partir dos resultados de RNI e por possuir muitas interações medicamentosas (tanto fármaco-fármaco quanto fármaco-alimento) e janela terapêutica estreita, o monitoramento deve ser constante com exames laboratoriais e consultas regulares. Mas mesmo com toda a complexidade, é bastante utilizada e com certa segurança em pacientes idosos (JACOBS, 2008).

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever alterações na farmacoterapia de uso crônico dos pacientes acompanhados em dois ambulatórios de hospitais universitários de Belo Horizonte, bem como se esses medicamentos interagem com a varfarina e analisar a influência dessas interações nos valores de TTR dos pacientes.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Caracterizar alterações da farmacoterapia autorrelatada pelos pacientes que utilizam varfarina, feitas por profissionais da Atenção Primária;
- 2) Caracterizar alterações da farmacoterapia autorrelatada pelos pacientes que utilizam varfarina, por meio de automedicação;
- 3) Calcular os valores médios de TTR nos três tempos (T0, T1 e T2) entre os pacientes que modificaram medicamentos que interagem com a varfarina, bem como fazer a diferença para comparação entre o período pré e pós intervenção, e o grupo controle (HRTN) e intervenção (HC- UFMG).
- 4) Identificar as interações medicamentosas potenciais entre varfarina e os demais medicamentos em uso;

5) Classificar as interações conforme potencial de gravidade.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo faz parte do projeto de doutorado intitulado “Implantação de intervenção educacional em pacientes com controle inadequado de anticoagulação oral com antagonista da vitamina K atendidos em dois hospitais de ensino”, desenvolvido na Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob parecer de número CAAE 65928316.3.0000.5149.

3.1 Local de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo desenvolvido em dois hospitais de ensino localizados em Minas Gerais. Trata-se de dois ambulatórios de anticoagulação localizados em hospitais públicos, ambos vinculados à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os hospitais realizam atividades nos campos assistenciais, ensino e pesquisa, sendo eles o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) e o Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN).

O HRTN oferece atendimento de urgência e emergência clínica e seu ambulatório conta com pacientes egressos nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiovascular, Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia plástica, Urologia, Anestesiologia, Nefrologia, Endoscopia e Infectologia. Presta atendimento diário a pacientes em anticoagulação advindos de todas as clínicas do hospital e externos. O HC-UFMG é considerado referência na atenção a pacientes com patologias de média e alta complexidade. O atendimento de anticoagulação ambulatorial oferece assistência a cardiopatas.

Em ambos os ambulatórios, o atendimento é realizado por equipes multiprofissionais compostas por médico clínico/cardilogista, farmacêuticos e enfermeiro. O atual fluxo se inicia com a realização do exame de RNI e, após o resultado, o paciente é submetido à avaliação clínica, ajustes de dose, se necessário, e orientações profissionais. A frequência da realização dos exames de RNI e necessidade do ajuste de dose do anticoagulante são baseadas em protocolos institucionais, sendo que as duas instituições utilizam o mesmo protocolo.

3.2 Critérios de inclusão

O critério de inclusão no estudo foram pacientes com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, que faziam uso crônico de varfarina por no mínimo 6 meses, que foram atendidos nos ambulatórios de anticoagulação em estudo, terem sido convidado para participarem do projeto intitulado “Implantação de intervenção educacional em pacientes com controle inadequado de anticoagulação oral com antagonista da vitamina K atendidos em dois hospitais de ensino”, e que participaram ao menos uma vez das intervenções

educacionais, que aconteceram no HC-UFMG.

3.3 Critérios de exclusão

O critério de exclusão utilizado no estudo foi pacientes com menos de 6 meses de acompanhamento.

3.4 Variáveis do estudo

As variáveis identificadas no estudo foram sexo, idade, município de residência, escolaridade (e também relato de analfabetismo), residentes domiciliares, TTR, demais medicamentos utilizados pelo paciente (além da varfarina) e identificação de potenciais interações entre esses medicamentos e a varfarina. Para identificação dos demais medicamentos em uso, considerou-se o autorrelato de modificação na farmacoterapia de uso crônico e agudo prescritos por médicos da Atenção Primária (APS) e também relatos de automedicação pelos pacientes.

3.5 Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de contato telefônico com os pacientes nos períodos de julho a dezembro de 2018 (T0), abril a julho de 2019 (T1) e agosto de 2019 a janeiro de 2020 (T2), para identificar possíveis alterações da farmacoterapia em uso, como medicamentos incluídos, retirados, com dose aumentada ou diminuída, além da varfarina. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos pacientes participantes da pesquisa. Foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, município de residência, escolaridade e número de moradores na residência) e clínicos (número médio de medicamentos em uso relatados que foram modificados por profissional da APS ou utilizados em automedicação e alvo terapêutico de RNI), e os valores do RNI foram obtidos por meio de acesso ao prontuário eletrônico do paciente. A partir dos valores do RNI, foi calculado o TTR de cada paciente, utilizando o método de *Rosendaal*, que envolve a interpolação linear dos resultados de RNI (SECCO, 2018). O TTR é expresso em porcentagem, sendo necessário o mínimo de duas mensurações da RNI. Para os participantes que tiveram intervalos de $RNI > 56$ dias, usamos valores de RNI para calcular o TTR para os intervalos válidos e, em seguida, usamos cada valor TTR separado (em cada tempo do estudo – T0, T1 e T2) para cálculo do TTR final. Todas as variáveis foram registradas em planilha do programa Microsoft Excel, seguido de realização de análise estatística.

A identificação dos demais medicamentos em uso ocorreu em três tempos diferentes, sendo eles: julho a dezembro de 2018 (T0), abril a julho de 2019 (T1) e agosto de 2019 a janeiro de 2020 (T2). A escolha dos tempos deveu-se ao oferecimento de uma intervenção educacional no HC (grupo intervenção), sendo que as modificações dos demais medicamentos em uso foram identificadas antes do oferecimento da intervenção (T0),

imediatamente após a intervenção (T1) e seis meses após o oferecimento da intervenção (T2). O relato de automedicação foi identificado apenas no período de seis meses após a intervenção (T2). Como as intervenções educacionais aconteceram apenas no HC-UFGM, os dados desse ambulatório representam o grupo intervenção, e o HRTN é o grupo controle.

Essas intervenções educacionais foram realizadas abordando-se temas como: uso correto da varfarina; responsabilidades dos pacientes; conhecimento acerca do problema de saúde, entre outros.

Os dados clínicos e sociodemográficos foram analisados e coletados a partir do banco de dados do projeto de doutorado no qual esse estudo faz parte, sendo que os valores de cada variável foram somados e divididos pelo número de elementos em cada. A partir daí com as médias calculadas, ou seja, o valor significativo de cada dado, procedeu-se com o cálculo do desvio padrão.

A presença de interações medicamentosas potenciais foi investigada e identificada por meio de acesso ao site *Drugs.com*, por ser uma ferramenta gratuita, de fácil utilização e que apresenta os dados de interação e potencial de gravidade. Para a análise das interações, foram considerados apenas medicamentos que possuem ação sistêmica. Foi realizada a consulta da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC) dos medicamentos por meio da página de internet associada ao *World Health Organization (WHO) Collaborating Centre of Drug Statistics Methodology*, denominada ATC/DDD Index 2019. Considerou-se todos os medicamentos com uso relatado pelos pacientes, tanto os modificados por profissional da APS quanto os de automedicação, que interagem com a varfarina. As interações de maior, moderada e menor gravidade foram examinadas no estudo de acordo com a subdivisão presente no aplicativo, destacando-se as interações com a varfarina.

4 | RESULTADOS

Participaram 169 pacientes, sendo 84 do ambulatório do HC e 85 do ambulatório do HRTN. A média de idade foi de 62,4 anos, no HC-UFGM, e 67,6 anos no HRTN. No HRTN, houve uma maior quantidade de pacientes do sexo masculino, sendo 44 (52%) homens e 41 (48%) mulheres que residiam principalmente em

Belo Horizonte e região metropolitana (84 (99%); 1 (1%)) e com média de escolaridade de 4,4 anos. No HC-UFGM, houve maior predominância de pacientes do sexo feminino, sendo 55 (65%) mulheres e 29 (35%) homens, que residiam principalmente em Belo Horizonte e região metropolitana (74 (89%); 9 (11%)) e com média de escolaridade de 5,5 anos. A Tabela 1 apresenta demais dados sociodemográficos dos pacientes em estudo.

Variáveis		HC	HRTN
Sexo (%)	Feminino	55 (65%)	41 (48%)
	Masculino	29 (35%)	44 (52%)
	Total	84 pacientes	85 pacientes
Município (%)	Belo Horizonte e Região metropolitana	74 (89%)	84 (99%)
	Interior de Minas	9 (11%)	1 (1%)
Idade em anos (média ± DP)	Mulheres	60,3 ± 13,3	67,3 ± 11,4
	Homens	66,4 ± 13,3	67,8 ± 11,0
	Média total	62,4 ± 13,3	67,6 ± 11,4
Escolaridade em anos (média ± DP)	Mulheres	5,4 ± 4,2	4,4 ± 3,2
	Homens	5,6 ± 4,2	4,5 ± 3,1
	Média total	5,5 ± 4,2	4,4 ± 3,2
Número de analfabetos	Mulheres	4 (4,7%)	8 (9,4%)
	Homens	6 (7,1%)	5 (5,9%)
	Total	10 (11,9%)	13 (15,3%)
Residentes domiciliares(média ± DP)		2,9 ± 1,6	2,5 ± 1,3

Abreviaturas: DP – Desvio Padrão; HC – Hospital das Clínicas de Belo Horizonte; HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos pacientes tratados com varfarina atendidos em dois hospitais de ensino de Belo Horizonte – MG, no período de julho/2018 a janeiro/2020

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Na tabela 2, estão apresentados os dados clínicos dos pacientes. No HC-UFGM a média dos valores de TTR0 (pré-intervenção), TTR1 (imediatamente após a intervenção) e TTR2 (seis meses após a intervenção), foram 37,2, 54,1 e 54,8 respectivamente, a maioria dos pacientes teve medicamentos alterados por profissional da APS quando comparada à automedicação (30 (35,5%); 4 (4,7%) pacientes). Desses 35,5%, 50% utilizaram medicamentos que interagiam com a varfarina. Já no HRTN a média dos valores de TTR0, TTR1 e TTR2 foram 34, 53,4 e 51,1 respectivamente e também houve predominância dos pacientes que tiveram medicamentos alterados por profissional da APS quando comparada à automedicação (22 (25,8%); 1 (1,2%) paciente). Desses 25,8%, 36,3% utilizaram medicamentos que interagiam com a varfarina. No HC-UFGM, as mudanças na farmacoterapia foram realizadas por profissional da APS (40 medicamentos), com uma média de 1,3 medicamentos por paciente ou por automedicação (2 medicamentos), sendo uma média de 0,5 medicamentos por paciente. No HRTN, foram uma proporção menor de medicamentos alterados por profissional da APS (18) com uma média de 0,8 medicamentos por paciente; e na automedicação, 1 medicamento com média de 1 medicamento alterado por paciente.

Variáveis	HC	HRTN
TTR 0 (média ± DP)	37,2 ± 14,4	34,0 ± 16,6
TTR 1 (média ± DP)	54,1 ± 23,8	53,41 ± 36,5
TTR 2 (média ± DP)	54,8 ± 30,0	51,10 ± 31,8
Número de pacientes que tiveram a farmacoterapia modificada por profissional da APS	30 (35,5%)	22 (25,8%)
Número de pacientes que tiveram a farmacoterapia com medicamentos que interagem com a varfarina modificada por profissional da APS	15 (17,7%)	8 (9,4%)
Número de pacientes com relato de automedicação	4 (4,7%)	1 (1,2%)
Número de pacientes que tiveram a farmacoterapia alterada com medicamentos que interagem com a varfarina por automedicação	1 (1,19%)	0 (0%)

Abreviaturas: TTR – *Time in Therapeutic Range*; DP – Desvio Padrão; HC – Hospital das Clínicas de Belo Horizonte; HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves; APS – Atenção Primária de Saúde.

Tabela 2: Dados clínicos dos pacientes tratados com varfarina atendidos em dois hospitais de ensino de Belo Horizonte – MG, no período de julho/2018 a janeiro/2020

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

Em ambos os ambulatórios, foram selecionados os pacientes que modificaram medicamentos tanto por profissionais da APS quanto por relato de automedicação. Esses pacientes foram divididos entre os que utilizaram e os que não utilizaram medicamentos que interagem com a varfarina. A partir daí, calculou-se o TTR médio nos tempos T0, T1 e T2, e fez-se a diferença para fim de comparação tanto entre os tempos pré e pós intervenção, quanto entre os grupos intervenção e controle. (Tabelas 3 e 4).

Grupo intervenção – T1 (HC)						
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	TTR médio(T0)	TTR médio(T1)	Diferença (TTR 1-TTR 0)	
Utilizam medicamentos que podem interagir com avarfarina	12	12	0	28,4	48,7	20,2
Não utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	12	7	5	30,4	50,3	19,9
Grupo intervenção – T2 (HC)						
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	TTR médio(T0)	TTR médio(T2)	Diferença (TTR 2-TTR 0)	
Utilizam medicamentos que podem interagir com avarfarina	8	6	2	23,2	42,9	19,7

Não utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	1	1	0	31,4	41,1	9,7
---	---	---	---	------	------	-----

Abreviaturas: HC – Hospital das Clínicas de Belo Horizonte; TTR - *Time in Therapeutic Range*.

Tabela 3 - Perfil de uso de medicamentos nos períodos pré e pós intervenção (HC)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

No ambulatório HC-UFMG uma maior proporção de pacientes, tanto no período pré e pós intervenção, utilizaram medicamentos que interagiam com a varfarina. Relação essa que se mostrou contrária no ambulatório HRTN, onde uma maior proporção dos pacientes utilizou medicamentos que não interagiam com a varfarina, em ambos os tempos (pré e pós intervenção).

Grupo controle – T1 (HRTN)						
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	TTR médio (T0)	TTR médio (T1)	Diferença (TTR 1-TTR 0)	
Utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	5	3	56,7	60,6	3,9	
Não utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	13	5	36,0	49,7	13,7	
Grupo controle – T2 (HRTN)						
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	TTR médio (T0)	TTR médio (T2)	Diferença (TTR 2-TTR 0)	
Utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	3	2	50,1	66,9	16,8	
Não utilizam medicamentos que podem interagir com a varfarina	4	3	35,0	29,5	-5,5	

Abreviaturas: HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves; TTR - *Time in Therapeutic Range*.

Tabela 4 - Perfil de uso de medicamentos nos períodos pré e pós intervenção (HRTN)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa

No HC-UFMG, houve um maior número de medicamentos modificados por profissional da APS, que incluem medicamentos adicionados, retirados e que tiveram aumento de dose. Esses medicamentos foram classificados por sua interação ou não com a varfarina, e os que interagiam foram divididos pela gravidade da interação (Tabela 5).

Medicamento	Código ATC	Subgrupo terapêutico	Retirada (n)	Inclusão (n)	Aumento de dose (n)	Gravidade*	Tipo de interação**
Acetilcisteína	R05CB01	Mucolíticos	-	1	-	-	-
Amiodarona	C01BD01	Antiarrítmicos, classe I e III	1	3	-	C	a
Amoxicilina + Clavulanato	J01CR02	Antibacteriano beta-lactâmico, penicilinas	-	1	-	B	a
Anlodipino	C08CA01	Bloqueadores de canais de cálcio seletivos com efeitos vasculares principais	2	-	-	-	-
Atenolol	C07AB03	Agentes beta-bloqueadores, seletivos	1	1	2	-	-
Azatioprina	L04AX01	Imunossupressores	-	-	-	B	b
Azitromicina	J01FA10	Macrolídeos, Lincosaminas e Esteptograminas	-	1	-	B	a
Carvedilol	C07AG02	Agentes alfa e beta- bloqueadores	-	1	-	-	-
Citalopram	N06AB04	Antidepressivos	-	1	-	B	a
Clonazepam	N03AE01	Derivados de benzodiazepínicos	-	1	-	-	-
Cloreto de potássio	A12BA01	Potássio	-	1	-	-	-
Colchicina	M04AC01	Preparações sem efeito no metabolismo do ácido úrico	-	1	-	-	-
Dexametasona	H02AB02	Corticosteróides para uso sistêmico	-	1	-	-	-
Dexclorfeniramina	R06AB02	Anti histamínicos para uso sistêmico	-	1	-	-	-
Digoxina	C01AA05	Glicosídeos digitálicos	-	1	-	-	-
Dipirona (metamizol)	N02BB02	Outros analgésicos e antipiréticos	-	2	-	-	-
Donepezila	N06DA02	Anticolinesterases	-	1	-	-	-
Doxazosina	C02CA04	Agentes antiadrenérgicos, atuando perifericamente	-	1	-	-	-

Enalapril	C09AA02	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	-	1	-	-	-
Escopolamina	A04AD01	Outros antieméticos	-	1	-	-	-
Espironolactona	C03DA01	Agentes Poupadores de Potássio	-	1	-	A	b
Fluconazol	J02AC01	Antimicóticos para uso sistêmico	-	1	-	C	a
Fluoxetina	N06AB03	Antidepressivos	-	1	-	B	a
Furosemida	C03CA01	Diuréticos de alto teto	-	3	2	A	a
Hidralazina	C02DB02	Agentes que atuam em músculo arteriolar liso	1	1	-	-	-
Hidroclorotiazida	C03AA03	Diuréticos de baixo teto, Tiazidas	-	1	-	A	b
Ibuprofeno	M01AE01	Produtos anti-inflamatórios e anti-reumáticos, não esteroides	-	1	-	C	a
Lincomicina	J01FF02	Macrolídeos, Lincosaminas e Esteptograminas	-	1	-	-	-
Loperamida	A07DA03	Antipropulsivos	-	1	-	-	-
Losartana	C09CA01	Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA)	-	1	-	-	-
Metformina	A10BA02	Drogas inferiores para a glicose sanguínea, excl. insulinas	1	1	-	-	-
Miconazol	J02AB01	Antimicóticos para uso sistêmico	-	1	-	C	a
Nimesulida	M01AX17	Produtos anti-inflamatórios e anti-reumáticos, não esteroides	-	1	-	NE	a
Ondansetrona	A04AA01	Antieméticos e antinauseantes	-	1	-	-	-
Paracetamol	N02BE01	Outros analgésicos e antipiréticos	-	1	-	A	a
Prednisona	H02AB07	Corticosteróides para uso sistêmico	-	3	-	B	a
Rivaroxabana	B01AF01	Agentes antitrombóticos	-	1	-	C	a
Sertralina	N06AB06	Antidepressivos	-	1	-	B	a

Sinvastatina	C10AA01	Agentes modificadores de lipídeos, simples	-	2	-	A	a
Suplemento de Cálcio	A11AA02	Multivitaminas com minerais	-	1	-	-	-
Venlafaxina	N06AX16	Antidepressivos	-	1	-	B	a

*Interação - leve (A), moderada (B), intensa (C);

** Aumenta o risco de sangramento (a) ou aumenta o risco de formação de coágulos (b);

Abreviaturas: ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical Code*; NE – Não existente.

Tabela 5: Medicamentos alterados por profissional da APS classificados de acordo com o tipo de mudança na farmacoterapia, gravidade, tipo de interação com varfarina (Hospital das Clínicas, Belo Horizonte)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa. Interações medicamentosas e gravidade consultadas na plataforma drugs.com.

Medicamento	Código ATC	Subgrupo terapêutico	Retirada (n)	Inclusão (n)	Aumento de dose (n)	Gravidade*	Tipo de interação**
Fenobarbital	N03AA02	Anticonvulsivantes	1	-	-	C	b
Atenolol	C07AB03	Agentes beta-bloqueadores, seletivos	1	-	-	-	-
Losartana	C09CA01	Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA)	2	1	1	-	-
Amoxicilina	J01CA04	Antibacteriano beta-lactâmico, penicilinas	1	-	-	B	a
Digoxina	C01AA05	Glicosídeos digitálicos	1	-	-	-	-
Enalapril	C09AA02	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	1	2	-	-	-
Citalopram	N06AB04	Antidepressivos	-	1	-	B	a
Furosemida	C03CA01	Diuréticos de alto teto	1	1	1	A	a
Acetilcisteína	R05CB01	Mucolíticos	-	1	-	-	-
Doxazosina	C02CA04	Agentes antiadrenérgicos, atuando periféricamente	-	1	-	-	-
Vitamina D3	-	-	-	1	-	-	-
Carvedilol	C07AG02	Agentes alfa e beta-bloqueadores	-	2	-	-	-
Olopatadina	R01AC08	Agentes antialérgicos, excl. corticosteróides	-	1	-	-	-
Sulfato ferroso	-	-	-	1	-	-	-
Anlodipino	C08CA01	Bloqueadores de canais de cálcio seletivos com efeitos vasculares principais	-	1	-	-	-

Bisoprolol	C07AB07	Agentes beta-bloqueadores, seletivos	-	1	-	-	-
Omeprazol	A02BC01	Drogas para úlcera péptica e Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	-	1	-	B	a
Penicilina G benzatina	J01CE08	Antibacteriano betalactâmico, penicilinas	-	1	-	B	a
Amiodarona	C01BD01	Antiarrítmicos, classe I e III	-	1	-	C	a
Prednisona	H02AB07	Corticosteróides para uso sistêmico	-	1	-	B	a
Propafenona	C01BC03	Antiarrítmicos, classe I e III	-	1	-	B	a

*Interação - leve (A), moderada (B), intensa (C);

** Aumenta o risco de sangramento (a) ou aumenta o risco de formação de coágulos (b);

Abreviaturas: ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical Code*.

Tabela 6: Medicamentos alterados por profissional da APS classificados de acordo com o tipo de mudança na farmacoterapia, gravidade, tipo de interação com varfarina (Hospital Risoleta Tolentino Neves, Belo Horizonte)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa. Interações medicamentosas e gravidade consultadas na plataforma drugs.com.

No HRTN, houve uma menor proporção dos pacientes com medicamentos modificados por profissionais da APS. Na tabela 6 acima, foram descritos os medicamentos modificados, o código ATC, subgrupo terapêutico e a frequência com que esses medicamentos aparecem sendo retirados, incluídos e/ou com aumento de dose, bem como a interação ou não com a varfarina e sua respectiva gravidade.

Já no que tange a automedicação, a proporção de relatos sobre o consumo de medicamentos por conta própria foi menor no HC-UFMG quando comparado ao HRTN, como mostra a tabela 7. Ocorreram três associações de medicamentos autorrelatadas no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), sendo elas: Dipirona + Orfenadrina e Cafeína (Dorflex®); Papaverina + Dipirona + Extrato fluído de *Atropa Belladonna Linné* (Atroveran composto®) e Paracetamol + Cafeína + Carisoprodol + Diclofenaco (Torsilax® e similares), nas quais os princípios ativos foram caracterizados separadamente.

Medicamento	Código ATC	Subgrupo terapêutico	Frequência - HC (n)	Frequência - HRTN (n)	Gravidade*	Tipo de interação**
Dipirona (metamizol)	N02BB02	Outros analgésicos e antipiréticos	6	4	-	-
Orfenadrina	M03BC01	Éteres, quimicamente próximos aos anti-histamínicos	1	1	-	-
Cafeína	N06BC01	Psicoestimulantes; Agentes usados para TDAH e nootrópicos	1	2	-	-
Nimesulida	M01AX17	Produtos anti-inflamatórios e anti-reumáticos, Não esteroides	1	-	-	a
Paracetamol	N02BE01	Outros analgésicos e antipiréticos	-	4	A	a
Papaverina	NE	NE	-	1	-	-
Extrato fluido de <i>Atropa belladonna Linné</i>	NE	NE	-	1	-	-
Diclofenaco	M01AB05	Produtos anti-inflamatórios e anti-reumáticos, Não esteroides	-	1	C	a
Carisoprodol	M03BA02	Agentes de atuação central. Músculo relaxante.	-	1	-	-
Enalapril	C09AA02	Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	-	1	-	-
Escopolamina	A04AD01	Outros antieméticos	-	1	-	-

*Interação - leve (A), moderada (B), intensa (C);

** Aumenta o risco de sangramento (a) ou aumenta o risco de formação de coágulos (b);

Abreviaturas: ATC - Anatomical Therapeutic Chemical Code; HC – Hospital das Clínicas de Belo Horizonte; HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Tabela 7: Caracterização de medicamentos com relato de automedicação e classificação ATC nos dois ambulatórios de hospitais de ensino de Belo Horizonte

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa. Interações medicamentosas e gravidade consultadas na plataforma drugs.com.

5 | DISCUSSÃO

A partir desse estudo, foi possível determinar que a população atendida nos dois ambulatórios é constituída primordialmente por idosos (>60 anos) e que a grande maioria desses pacientes faz uso de muitos medicamentos, ou seja, são polimedicados. Apesar de não se ter um conceito universal de polifarmácia, a utilização de muitos medicamentos para tratamento de várias comorbidades e às vezes associada com automedicação, aumenta o risco de problemas relacionados à farmacoterapia dos pacientes (NASCIMENTO, 2017). Logo faz-se de suma importância para o acompanhamento adequado desses pacientes

a presença do farmacêutico e um cuidado multidisciplinar, avaliando tanto as interações medicamentosas presentes quanto outros aspectos da farmacoterapia complexa.

O uso de muitos medicamentos com diferentes mecanismos de ação, cinética e dinâmica por esses pacientes aumenta o risco de ocorrer interações medicamentosas. Essas interações geram complicações nos tratamentos das doenças de base, acarretando em mais consultas e exames. Esse cenário leva a um custo maior para os Sistemas de Saúde nos quais esses pacientes são atendidos. Para Bushardt *et. al.*, 2008, a polifarmácia é um problema de saúde pública e é reconhecida como uma prática onerosa.

A maioria das alterações na farmacoterapia observadas nesse estudo envolveu fármacos com potencial de interação com varfarina classificado como moderado. Isso significa que, na prática clínica, essas interações resultam em exacerbão do quadro clínico e/ou requerem mudanças na terapia medicamentosa (CEDRAZ; SANTOS JUNIOR, 2014). Quando interferem no controle do RNI, as interações podem aumentar o risco de sangramento ou de formação de coágulos. Mudanças no efeito induzido pela varfarina interferem na porcentagem de dias em que o RNI se mantém dentro da faixa terapêutica, alterando os valores de TTR dos pacientes. Entende-se que a identificação do TTR possa contribuir para a identificação de grupos de pacientes com maior dificuldade de apresentar valores de RNI conforme o alvo terapêutico de forma consecutiva, assim como para o estabelecimento de estratégias que visem à segurança (COSTA, 2015).

A interação entre varfarina e nimesulida não foi avaliada. Esse AINE não é aprovado pelo FDA e não está disponível nos Estados Unidos. Por essa razão, a nimesulida não consta na base de dados consultada, a qual é destinada à população norte-americana. Entretanto, sabe-se que o uso de AINE concomitantemente com a varfarina aumenta o risco de sangramento, pois como muitos AINE ligam-se às proteínas plasmáticas, deslocam outros fármacos dos locais de ligação, como por exemplo a varfarina. Outros fatores são o aumento do risco de sangramento no trato digestório e o efeito antiplaquetário induzido por AINE (GOODMAN; GILMAN; BRUNTON, 2003).

Houve, também, um relato de inclusão de rivaroxabana na farmacoterapia de um paciente. A rivaroxabana é um inibidor do fator Xa que pode ser usado como alternativa à varfarina em alguns pacientes (PATEL, 2011). Não há como saber se esse medicamento foi utilizado concomitante com varfarina ou como substituto. Apesar dessa limitação, devido ao risco aumentado de sangramento, o uso de rivaroxabana com outro anticoagulante geralmente deve ser evitado, exceto durante os períodos de transição terapêutica, onde os pacientes devem ser observados de perto. Os pacientes devem ser avaliados rotineiramente quanto a sinais e sintomas que sugerem perda de sangue, como queda na hemoglobina e/ou hematócrito ou hipotensão (DRUGS, 2018).

O acompanhamento por meio de uma equipe multidisciplinar faz com que o paciente seja observado como um todo, promovendo um olhar holístico, humanizado e completo. Portanto, a implementação desse tipo de cuidado, além de favorecer a humanização, é eficaz

na diminuição das perdas produzidas pelo envelhecimento e na redução da possibilidade de hospitalização de um paciente num estágio avançado da doença (ESCOBAR; MOTTA, 2016).

Dentro dessa equipe, o farmacêutico tem papel crucial e bastante importante, pois é um profissional que está muito próximo dos pacientes, podendo sanar dificuldades encontradas por eles, bem como propor mudanças na farmacoterapia e em hábitos dos pacientes para os demais membros da equipe. Muitas vezes, os pacientes, por questões de logística, financeiras ou burocráticas, frequentam menos o médico quanto seria necessário. Assim, o acompanhamento com o profissional farmacêutico pode ser um aliado para que o tratamento seja feito da maneira correta, trazendo resultados efetivos (VERRET et al., 2012; LEE; DAVIS; KIELLY, 2016; COLET; AMADOR; HEINECK, 2017).

Como uma forma de gerenciar a terapia medicamentosa desses pacientes, faz-se bastante necessário pensar a respeito das transições de cuidado. Define-se a transição do cuidado como um conjunto de ações destinadas para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência do paciente entre diferentes setores ou serviços de saúde (ACOSTA, 2018). Esse conceito se aplica à transição entre níveis de atenção (primária, secundária e terciária) quanto entre os diversos profissionais de um mesmo nível de atenção. São necessárias estratégias para que essas transições sejam feitas de forma organizada e benéfica e que minimizem os riscos para os pacientes. Nos ambulatórios onde foram desenvolvidos esse estudo, o paciente é atendido pelos farmacêuticos para controle do RNI e avaliado periodicamente pelo médico.

Então, faz-se necessário que as informações sejam alinhadas e que não se percam entre os atendimentos. Normalmente, por serem pacientes com polimorbididades, além do acompanhamento do RNI e uso da varfarina, os pacientes são acompanhados por várias especialidades. Assim, é necessário que as informações sejam compartilhadas entre todos esses profissionais. As alterações devem ser feitas de maneira racional e levando em consideração todos os problemas de saúde. Assim, é possível minimizar os riscos associados à transição do cuidado.

Houve ainda, mudanças autorrelatadas na farmacoterapia desses pacientes que foram provenientes de automedicação, ou seja, medicamentos não prescritos por um profissional de saúde. A frequência desses relatos foi menor no HC- UFMG. Entre os medicamentos usados por automedicação, apenas dois interagiam com a varfarina, sendo um com a gravidade da interação classificada como intensa e outro como leve. A interação grave pode levar a risco de vida e/ou exigir intervenção médica para minimizar ou prevenir graves efeitos adversos. Por sua vez, a interação leve tem efeitos clínicos limitados (CEDRAZ; SANTOS JUNIOR, 2014).

A população deste estudo também é caracterizada por ser composta majoritariamente por moradores de Belo Horizonte e região. Tal fator contribui para o acompanhamento ambulatorial desses pacientes, tanto no HC-UFMG quanto no HRTN. Outro fator analisado,

a escolaridade, revelou em ambos os ambulatórios poucos anos de estudo, sendo que no HRTN essa média foi ainda menor. A baixa escolaridade, e o analfabetismo, dificultam a educação em saúde e a compreensão das recomendações quanto à farmacoterapia. Dessa forma, podem estar relacionados a pior controle do RNI (MARTINS, 2017; MAVRI; FERNANDEZ *et al.*, 2015; DE TOLEDO *et al.*, 2016; VÍQUEZ-JAIKEL; HALL- RAMÍREZ; RAMOS-ESQUIVEL, 2017).

Fatores como os descritos corroboram a importância do farmacêutico no acompanhamento multidisciplinar desses pacientes. Devem ser desenvolvidas estratégias de educação em saúde (com linguagem adequada), para que os pacientes, munidos de informação, possam viver vidas mais longas e saudáveis. Ao reconhecerem a importância da adesão e as recomendações dos profissionais de saúde, os pacientes participam ativamente das escolhas de sua farmacoterapia. Podem assim, junto com o farmacêutico, alcançar o controle da condição patológica e melhoria da saúde como um todo (SOUZA; COLET; HEINECK, 2018; FERREIRA *et al.*, 2011; ROLLS *et al.*, 2017).

A fim de empoderar os pacientes a respeito de sua própria farmacoterapia foram realizados os grupos educacionais (intervenções). As escolhas dos assuntos de educação em saúde foram elaboradas a partir das principais dificuldades dos pacientes com relação à sua própria farmacoterapia, e abordou assuntos como: uso correto da varfarina; interações alimento/medicamento; quais as expectativas do paciente com o tratamento; “conhecendo o problema de saúde”; entre outros. A educação em saúde pode ser definida como o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população (BRASIL, 2006).

Os valores médios de TTR calculados nos três momentos - julho a dezembro de 2018 (T0), abril a julho de 2019 (T1) e agosto de 2019 a janeiro de 2020 (T2) – estiveram abaixo de 60%. Esse valor é considerado baixo e representa controle inadequado da anticoagulação (NASSE; MPH MULLAN; BEATA, 2011).

Entretanto os valores não excluem que as ações educativas realizadas nas intervenções com esses pacientes foram importantes para a melhora da compreensão do tratamento e para que os pacientes se empoderassem acerca de sua farmacoterapia.

As alterações na farmacoterapia relatadas pelos pacientes foram classificadas de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC), na qual os fármacos são divididos em diferentes grupos de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas (VIDOTTI, 1993). A grande maioria dos compostos estão nessa base de dados, sendo que apenas a papaverina e extrato de *Atropa Belladonna Linné* não foram encontrados. Ademais, os medicamentos foram buscados de acordo com a via de administração e utilização para a confirmação dos códigos e descrições. Entretanto, a via utilizada na administração do miconazol não foi informada pelo paciente. No Brasil, os medicamentos com esse princípio ativo disponíveis são formas farmacêuticas de uso tópico (ANVISA, 2020). Porém, não é possível descartar a absorção sistêmica após uso

do medicamento. Apesar de pouco provável, a interação medicamentosa do antifúngico com varfarina foi descrita conforme informação disponível no banco de dados usado neste estudo. Entretanto, o impacto clínico dessa interação tende a ser irrelevante.

Esse estudo baseia-se em informações autorrelatadas pelos pacientes. Portanto, as mudanças dos medicamentos em uso e posologia, não puderam ser confirmadas nas prescrições e/ou prontuários. Essa é uma limitação para o desenvolvimento do estudo devido ao viés de memória e possibilidade de relatos incompletos. Além disso, o banco de dados foi construído a partir de dados de três tempos distintos, T0, T1 e T2. No tempo T1 (imediatamente após a intervenção), não foram coletados os relatos de automedicação dos pacientes. Logo, não foi possível comparar o uso de medicamentos por conta própria nos dois tempos, o que seria uma informação bastante relevante na paridade dos dados obtidos.

6 | CONCLUSÃO

Com o estudo não foi possível correlacionar a influência das interações medicamentosas com o TTR pode-se concluir que a análise das interações medicamentosas pelos profissionais de saúde deve ser feita de maneira crítica e racional, para que as prescrições tragam cada vez mais benefícios em detrimento de riscos aos pacientes. Faz-se então indispensável uma avaliação da farmacoterapia dos pacientes, visando além disso práticas de educação em saúde e transições efetivas entre a atenção primária e secundária.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M. et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 3190-3196, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. CÂMARA DE REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS-CMED. Preços máximos de medicamentos por princípio ativo. Publicada em 02/12/2020; atualizada em 08/12/2020. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/374947/6048620/LISTA_CONFORMIDADE_2020_10_v1.pdf/7b88a38f-1b2f-4768-b589-f62b4beb1762>. Acesso em: dez. 2020.

ANSELL, J. et al. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, v. 126, n. 3, p. 204S- 233S, 2004.

BARBOSA, RA. et al. ATENÇÃO FARMACÊUTICA A PACIENTES EM USO DE VARFARINA. *SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO*, v. 4, n. 1, p. 47-70, 2018.

BATLOUNI M. et al. *Farmacologia e terapêutica cardiovascular*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 351-62.

BAZZO, G. Tempo de intervalo terapêutico (TTR) em pacientes anticoagulados com varfarina em ambulatório de hospital terciário do sul do Brasil. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BUSHARDT, R.L. et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. **Clinical interventions in aging**, v. 3, n. 2, p. 383, 2008.

CEDRAZ, K. N.; SANTOS JUNIOR, M. C. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. **Rev Soc Bras Clin Med**, 2014, 12.2: 124-30.

COSTA, J. M. et al. Implantação de um ambulatório de anticoagulação em um hospital de ensino: estudo descritivo. **Revista de APS**, v. 18, n. 1, 2015.

DA SILVA, P.M. Velhos e novos anticoagulantes orais. Perspetiva farmacológica. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 31, p. 6-16, 2012.

DE FÁTIMA COLET, C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de varfarina: uma revisão da literatura. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 134-143, 2017.

DE TOLEDO, I. S. B. et al. Entendimento de pacientes sobre participação em oficinas educacionais em um ambulatório de anticoagulação. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2016.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: **BIREME / OPAS / OMS**, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em 24 Abr. 2020.

Drugs.com [Internet]. Verificador de interações medicamentosas em Drugs.com ; c1996-2018 [Atualizado: 13 de fevereiro de 2018, citado: 19 de junho de 2018]. Disponível em: https://www.drugs.com/drug_interactions.html. Acesso em: mai. 2020.

ESCOBAR, J. M. V.; MOTTA, E. F.; ABDO, R. F. **Assistência Multidisciplinar à Saúde** - vol 3. 2016.

FAHMI, A.M. et al. Preemptive Dose Adjustment Effect on the Quality of Anticoagulation Management in Warfarin Patients With Drug Interactions: A Retrospective Cohort Study. **Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis**, v. 25, p. 1076029619872554, 2019.

FERREIRA, I. M. L. et al. Educação em saúde: ferramenta efetiva para melhora da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 3, 2011.

GOODMAN, L. S.; GILMAN, A.; BRUNTON, L. L. As bases farmacológicas da terapêutica, 10^a edição. 2003. p. 524.

HEALTHCARE, Thomson. Micromedex. 2009.

HOEFLER, R. Interações medicamentosas. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS–FTN**, v. 1, p. 1-4, 2005.

JACOBS, L.G. Warfarin pharmacology, clinical management, and evaluation of hemorrhagic risk for the elderly. **Cardiology clinics**, v. 26, n. 2, p. 157-167, 2008.

LEE, T.; DAVIS, E.; KIELLY, J. Clinical impact of a pharmacist-led inpatient anticoagulation service: a review on the literature. **Integrated Pharmacy Research and Practice**, v. 5, p. 53-63, 2016.

LIMA, N. Varfarina: uma revisão baseada na evidência das interações alimentares e medicamentosas. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 24, n. 4, p. 475-82, 2008.

MANUAL MSD. Interações Medicamentosas, por Shalini S. Lynch, PharmD, University of California San Francisco School of Pharmacy, 2016. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/farmacologia-cl%C3%A3nica/fatores-que-afetam-a-resposta-a-f%C3%A1rmacos/intera%C3%A7%C3%A3o-B5es-medicamentosas>>. Acesso em: 04 Mai. 2020.

MARTINS, M. A. P. et al. Literacia em saúde e terapia com varfarina em duas clínicas de anticoagulação no Brasil. **Coração**, v. 103, n. 14, pág. 1089-1095, 2017.

MAVRI, A. et al. A nova abordagem educacional para pacientes em uso de varfarina melhora o conhecimento e o controle da terapia. **Wien Klin Wochenschr** 127, 472–476 (2015).

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC nº 140, de 2 de junho de 2003: Estabelece regras das bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. **Diário Oficial da União**, 2003.

NASCIMENTO, R.C.R.M. et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 19s, 2017.

NASSE, S.; MPH MULLAN, J.; BEATA, B. Challenges of Older Patients' Knowledge About Warfarin Therapy. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 3, n.1, p. 65-74, 2011.

PATEL, M. R. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. **New England Journal of Medicine**. v. 365, n. 10, p. 883-891, 2011.

ROLLS, C. A. et al. The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. **Cardiovascular therapeutics**, v. 35, n. 6, p. e12304, 2017.

SECCO, K. N. D. Qualidade da anticoagulação oral de pacientes com fibrilação atrial no HC- FMB-UNESP. 2018.

SECOLI, S.R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 1, p. 28-34, mar. 2001.

SILVA, P. G. M. B. et al. Terapia de Anticoagulação em Pacientes com Fibrilação Atrial não Valvar em Ambiente de Cuidado de Saúde Privado no Brasil: Um Estudo de Mundo Real. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 3, p. 457-466, 2020.

SOUZA, T. F.; COLET, C. F.; HEINECK, I. Nível de informação e adesão à terapia de anticoagulação oral com varfarina em pacientes acompanhados em ambulatório de atenção primária à saúde. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 17, n. 2, p. 109-116, 2018.

Varfine®. Resumo das características do medicamento, 2006. Disponível em: < http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9007&tipo_doc=fi >. Acesso em: 07 Abr. 2020.

VERRET, L. et al. Impact of a pharmacist-led warfarin self-management program on quality of life and anticoagulation control: a randomized trial. **Pharmacotherapy**, v. 32, n. 10, p.871-9, 2012.

VIDOTTI, C. C. F. SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICO TERAPÊUTICO QUÍMICO (ATC). **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 2, n. 6, p. 12-15, 1993.

VÍQUEZ-JAIKEL, A.; HALL-RAMÍREZ, V.; RAMOS-ESQUIVEL, A. Improvement of time in therapeutic range with warfarin by pharmaceutical intervention. **International journal of clinical pharmacy**, v. 39, n. 1, p. 41-44, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **WHOCC–ATC/DDD Index**. 2019.

ZHUANG, W. et al. Medication with caution: Analysis of adverse reactions caused by a combination of Chinese medicine and warfarin sodium tablets. **Journal of Ethnopharmacology**, p. 112586, 2020.

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências.

A

- Administração de serviços de saúde 116
Aprendizagem 11, 12, 15, 17, 18, 21, 27, 42, 45, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 65, 67, 130, 171, 172, 174, 175, 187
Assistência integral à saúde 69
Atenção primária à saúde 30, 44, 46, 54, 69, 72, 76, 77, 82, 92, 93, 115, 117, 122, 152, 176, 218
Autoestima 6, 40, 61, 62, 65, 67, 68, 104, 109
Autonomia pessoal 15, 29
Autorrelato 198, 199, 202

C

- Capacitação profissional 44
Ciclos da vida 36, 42
Classificação de risco 74, 141, 142, 144, 148, 149, 150, 151, 152, 153
Cuidados cirúrgicos 55, 56, 57
Cuidados de enfermagem 58, 83, 84, 86, 87, 88, 95, 96, 99, 100, 111, 116

D

- Dimensionamento de equipe 125
Dinâmica populacional 178

E

- Educação 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 44, 45, 46, 49, 51, 53, 54, 56, 59, 64, 65, 66, 68, 69, 73, 76, 86, 92, 97, 109, 110, 115, 118, 120, 122, 134, 143, 148, 155, 157, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 181, 199, 214, 215, 216
Educação a distância 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177
Educação em saúde 65, 68, 86, 92, 97, 115, 118, 120, 122, 155, 157, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 199, 214, 215, 216
Emergência 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 168, 169, 170, 201
Enfermagem 27, 28, 36, 47, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 74, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 141, 143, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 187, 217, 219

- Enfermagem em saúde pública 116
Enfermagem primária 116
Enfermeiro 1, 23, 28, 32, 49, 74, 86, 87, 91, 92, 102, 104, 109, 110, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 134, 141, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 157, 158, 160, 165, 166, 167, 170, 172, 176, 201, 215, 219
Esterilização 58, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 176
Estrutura familiar 35, 36, 37, 38, 40, 42
- F**
- Flebite 135, 137, 138, 139, 140
- G**
- Gerenciamento de enfermagem 125
Gestantes 66, 77, 84, 87, 88, 91, 92, 98, 102, 103, 105, 108, 111, 114
- H**
- Habilidades motoras 15, 29
Humanização 19, 83, 86, 87, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 117, 121, 131, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 212
- I**
- Interações medicamentosas 12, 198, 199, 200, 203, 209, 210, 211, 212, 215, 216, 217
- M**
- Monitoria 55, 56, 57, 58, 59, 60, 176
- P**
- Parto humanizado 83, 84, 86, 87, 88, 95, 98, 102, 109, 110, 111, 114
Percepção 15, 21, 23, 25, 37, 54, 90, 95, 96, 103, 112, 119, 123, 124, 125, 152, 162, 167
Pós-graduação 35, 37, 134, 170, 178, 180, 219
Profissionais de saúde 2, 4, 8, 19, 46, 47, 50, 52, 63, 76, 79, 86, 90, 91, 96, 97, 146, 173, 174, 187, 214, 215, 217
Psicologia 14, 43, 61, 65, 66, 68, 69, 72, 75, 77, 78, 80, 81, 82

Q

Qualidade de vida 8, 13, 15, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 41, 66, 69, 71, 72, 79, 80, 119, 126, 144, 173, 180, 182, 198

S

Sala de espera 61, 62, 65, 66, 67, 68

Saúde mental 19, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 62, 65, 77, 82, 90, 110, 134, 141, 170, 176

Segurança do paciente 103, 123, 124, 127, 131, 134, 135, 136, 139, 153, 168, 219

Serviços de saúde 27, 39, 51, 52, 61, 62, 63, 68, 76, 77, 116, 137, 142, 145, 146, 147, 148, 149, 155, 168, 171, 172, 173, 213, 216

Síndrome de Down 15, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Sistema Único de Saúde (SUS) 8, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 71, 74, 82, 103, 104, 106, 111, 129, 142, 143, 144, 145, 149, 188, 201, 217

T

Território sociocultural 178

Trabalho de parto 83, 84, 88, 111

Transtorno do espectro autista 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 22

Transtornos do neurodesenvolvimento 15, 30

Tratamento precoce 2, 4

U

Urgência 136, 141, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 169, 170, 201

V

Varfarina 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218

Violência 37, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 91, 105, 114, 118, 147, 152

A enfermagem

e o bem-estar humano, teoria e prática 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br

A enfermagem

e o bem-estar humano, teoria e prática 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉️ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br