

Organizadores:

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Angela Gabriela de Araújo Costa Moura

Heloísa Maria Lima Gonçalves

Edgar Pinheiro Castro

2022

Enfermagem

Ciência e arte na
construção de saberes

vol 1

The logo for Pascal Editora features a stylized green and white book icon above the text 'Pascal' in a bold, sans-serif font, with 'Editora' in a smaller font below it.

Pascal
Editora

LUCIANA COELHO CARVALHO OLIVEIRA
THÂMARA SILVA RIBEIRO RAMOS
ANGELA GABRIELA DE ARAÚJO COSTA MOURA
HELOÍSA MARIA LIMA GONÇALVES
EDGAR PINHEIRO CASTRO
(Organizadores)

ENFERMAGEM
CIÊNCIA E ARTE NA CONSTRUÇÃO DE SABERES
VOLUME 1

EDITORA PASCAL
2022

2022 - Copyright© da Editora Pascal

Editor Chefe: Prof. Dr. Patrício Moreira de Araújo Filho

Edição e Diagramação: Eduardo Mendonça Pinheiro

Edição de Arte: Marcos Clyver dos Santos Oliveira

Bibliotecária: Rayssa Cristhália Viana da Silva – CRB-13/904

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Dr^a. Priscila Xavier de Araújo

Dr. Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro

Dr^a. Giselle Cutrim de Oliveira Santos

Dr^a. Elba Pereira Chaves

Dr^a. Eliane Rosa da Silva Dilkin

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

048c

Coletânea Enfermagem: Ciência e arte na construção de saberes / Luciana Coelho Carvalho Oliveira, Thâmara Silva Ribeiro Ramos, Angela Gabriela de Araújo Costa Moura, Heloísa Maria Lima Gonçalves, Edgar Pinheiro Castro (Org). São Luís - Editora Pascal, 2022.

756 f. : il.: (Educação física em discussão; v. 1)

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-80751-23-5

D.O.I.: 10.29327/564425

1. Enfermagem. 2. Pesquisa. 3. Atenção à saúde. 4. Miscelânea. I. Oliveira, Luciana Coelho Carvalho. II. Ramos, Thâmara Silva Ribeiro. III. Moura, Angela Gabriela de Araújo Costa. IV. Gonçalves, Heloísa Maria Lima. V. Castro, Edgar Pinheiro. VI. Título.

CDU: 614.253.5

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

2022

www.editorapascal.com.br

contato@editorapascal.com.br

APRESENTAÇÃO

O livro “Enfermagem: Ciência e arte na construção dos saberes” - volume 1 apresenta 53 temas abordados por alunos e professores orientadores, na pesquisa, elaboração, planejamento e execução de projetos do ensino superior na área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Os capítulos abordam temas e conceitos desenvolvidos em projeto de pesquisa e orientações metodológicas, operacionais e estrutura textual, além de sugestões de busca eletrônica dos dados e exemplos bibliográficos de pesquisa.

Os diversos temas abordados nos capítulos tem maior detalhamento de referenciais teóricos, conceituais e metodológicos utilizados, com acréscimo de exemplos de pesquisas atualizadas. Além disso, o livro conta com capítulos sobre temas diversos e capítulos distintos relacionados a atuação da Enfermagem junto a saúde, com o objetivo de expandir os horizontes da pesquisa com a contextualização teórica e prática clínica.

Sabendo-se da importância da expansão na divulgação científica, destacamos a relevância da Editora Pascal em ofertar uma experiência prazerosa aos pesquisadores e consultores de dados atuais em experiências atualizadas na área da Enfermagem.

Por fim agradecemos a todos os autores e contribuintes na confecção desta obra, ampliando o conhecimento, práticas e a abordagem científica nos processos e interfaces da Enfermagem atual e incentivando a busca por novas pesquisas.

ORGANIZADORES

Luciana Coelho Carvalho Oliveira



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2002). Coordenadora e professora do curso de enfermagem da Faculdade Pitágoras São Luís e Pitágoras Maranhão (MA). Especialista em enfermagem oncológica e mestre em administração pública e privada de empresas. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem oncológica, atuando principalmente como gestora de serviços de enfermagem e gestora acadêmica.

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

Possui graduação em enfermagem pela FACULDADE PITÁGORAS SLZ, 2013. Especialista em Urgência e Emergência pela CEDECON, 2015. Graduanda do Curso de Estética e Cosmética da Faculdade Santa Terezinha - CEST. Pós Graduanda do Curso Estética e Cosmetologia da Faculdades Integradas Norte do Paraná - UNOPAR. Atualmente Supervisora Docente e Professora do Ensino Superior do Curso de Enfermagem - Faculdade Pitágoras SLZ-MA. Atuou como enfermeira assistencial no setor de Urgência e Emergência e na supervisão assistencial do Centro Cirúrgico no Hospital São Domingos. Título de socorrista - Curso ACLS (Advanced Cardiac Life Support) pela American Heart Association (AHA). 1º Lugar na sessão de temas livres no 15º Congresso Científico Internacional de Estética e Cosmetologia da Beauty Fair, São Paulo-Brasil. (20 a 23 de novembro de 2021) Recebeu menções honrosas, 1ª lugar no AVALIAR 2018 e 2019 da Faculdade Pitágoras, pelo engajamento e comprometimento com os alunos e com a instituição.



Angela Gabriela de Araújo Costa Moura



Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Atualmente é mestre em Saúde Coletiva e Servidora Municipal com Vínculo Efetivo na Área de Enfermagem com Especialidade em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS de São Luís e docente do curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras/FAMA. Tem experiência na Área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, Enfermagem em Saúde da Família, urgência e emergência e Docência do Ensino Superior em Enfermagem.

ORGANIZADORES



Helóisa Maria Lima Gonçalves

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2004), Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS, Mestrado em Saúde da Família pela UFMA/FIOCRUZ. Atualmente é enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Coordenadora do Curso de Biomedicina da Faculdade Pitágoras e Supervisora de Estágio do curso de Enfermagem. Tem experiência na área de Saúde da Família, Docência em Ensino Superior, Gestão de Unidades e Programas de Saúde, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública.

Edgar Pinheiro Castro

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2004). Atualmente é coordenador de enfermagem na UPA- Unidade de Pronto Atendimento da Cidade Operária.



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	16
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: REVISÃO DE LITERATURA Maria Antônia Rocha da Silva	
CAPÍTULO 2.....	29
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES TIPO 2 Jacqueline Rose Souza dos Santos	
CAPÍTULO 3.....	42
O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS ORIENTAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS ADOLESCENTES PRIMÍPARAS Ruaana da Pascoa Mendes	
CAPÍTULO 4.....	59
PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PRÉ-NATAL Fernando Gabriel Silva Tavares	
CAPÍTULO 5.....	75
A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE Vanessa Dutra Magalhães Walquíria Dutra Guedes	
CAPÍTULO 6.....	92
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS-CIRÚRGICO Elizabeth Moura Alves Luciana Coelho Carvalho Oliveira	
CAPÍTULO 7.....	104
O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Isac Lima Pereira	
CAPÍTULO 8.....	123
A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AOS PORTADORES DA ANEMIA FALCIFORME Eduardo Silva Amorim Brenda Danielly Fernandes Santos Vanessa Laís Costa	

CAPÍTULO 9..... 142

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO: UMA ANÁLISE DO PROBLEMA

Vanessa Lais Costa
Eduardo Silva Amorim
Indiana Ingrid Sousa Carvalho

CAPÍTULO 10..... 160

ALEITAMENTO MATERNO: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Brenda Danielly Fernandes Santos
Eduardo Silva Amorim
Vanessa Laís Costa

CAPÍTULO 11..... 178

OS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL

Ainoan dos Santos Alves
Adriane Cristina Pires Freire
Aline Bianca Pinheiro Pereira

CAPÍTULO 12..... 195

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA

Rayane Karine Brito Santos
Ilka Kassandra Pereira Belfort
Talita Raquel Portella
Mayra de Oliveira Barroso Brasil

CAPÍTULO 13..... 209

A PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE O PARTO DE CÓCORAS

Shyrle Cristina Pereira
Camila Kons
Michele Costa Gusmão
Alessandra Alves

CAPÍTULO 14..... 228

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM DESAFIO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Samara Salazar Ferreira
Angela Gabriela de Araújo Costa Moura

CAPÍTULO 15..... 245

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Diovanya da Costa Lopes

CAPÍTULO 16..... 256

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O CUIDADO À MULHER COM DEPRESSÃO PUERPERAL

Kátia Kelly Nascimento Pereira

CAPÍTULO 17..... 271

PAPEL DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A VITIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

Aline Bianca Pinheiro Pereira

Adeilson Nascimento Silva

Adriane Cristina Pires Freire

Ainoan dos Santos Alves

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa

Leandro Rego Santos

Matheus Lima Moreira

Wesley Carlos Coelho Vieira

CAPÍTULO 18..... 280

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PACIENTE SUBMETIDO AO EXAME DE VIDEOCOLONOSCOPIA

Michele Costa Gusmão

Maxwell do Nascimento Silva

Shyrle Cristina Pereira

Alessandra Alves

Kesya Gislaynne Cardoso Sousa

CAPÍTULO 19..... 297

A INFLUÊNCIA DA SOBRECARGA DE TRABALHO NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Mariana Farias da Silva Lima

Matheus Lima Moreira

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues

Iasmim Soares da Silva

Audiane Ramos da Silva

CAPÍTULO 20.....	315
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL	
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa	
Adriane Cristina Pires Freire	
Aline Bianca Pinheiro Pereira	
Ana Cláudia Rodrigues Alves	
Angela Gabriela de Araújo Costa Moura	
Leandro Rego Santos	
Matheus Lima Moreira	
Naira Cristina França Melo	
Neurubia Abreu Cardoso	
CAPÍTULO 21.....	324
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DE INFECÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO	
Antonia Sales Silva	
CAPÍTULO 22.....	337
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA	
Jercilene dos Santos Silva Costa	
CAPÍTULO 23.....	348
ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE MAMA	
Fernando Martins do Carmo	
Luciana Coelho Carvalho Oliveira	
CAPÍTULO 24.....	361
A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DO PRÉ NATAL	
Cassandra Magalhães Araújo	
CAPÍTULO 25.....	375
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM	
Erica Valéria Lustosa Ferreira Sousa	
Angela Gabriela de Araújo Costa Moura	
CAPÍTULO 26.....	393
ESQUIZOFRENIA: PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	
Mércia Maria Gomes	

CAPÍTULO 27..... 404

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO PREMATURO

Leandro Rego Santos
Naria Cristina França Melo
Aline Bianca Pinheiro Pereira
Ana Cláudia Rodrigues Alves
Angela Gabriela de Araujo Costa Moura
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa
Mayara Antonia Rego Santos
Evelyn Moreira Silva
Marcia Cristina Dias Araújo

CAPÍTULO 28..... 417

SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

Neurubia Abreu Cardoso
Ana Claudia Rodrigues Alves
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa
Naira Cristina França Melo
Suzete de Aragão Feijó Pereira

CAPÍTULO 29..... 431

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE COLO UTERINO

Naira Cristina França Melo
Ana Cláudia Rodrigues Alves
Adeilson Nascimento Silva
Evelyn Moreira Silva
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa
Leandro Rego Santos
Neurubia Abreu Cardoso
Suzete de Aragão Feijó Pereira

CAPÍTULO 30..... 446

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues
Iasmin Soares da Silva
Mariana Farias da Silva Lima
Audiane Ramos da Silva
Matheus Lima Moreira

CAPÍTULO 31..... 459

O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

Audiane Ramos da Silva
Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues
Matheus Lima Moreira

Mariana Farias da Silva Lima
Iasmin Soares da Silva

CAPÍTULO 32.....471

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

João Ancelmo Feitosa Vasconcelos
Camila Kons
Vanessa Nunes Vasconcelos
Evelyn Moreira Silva
Kesya Gislaynne Cardoso Sousa
Michele Costa Gusmão

CAPÍTULO 33.....483

PAPEL DO ENFERMEIRO NO DIABETES MELLITUS: IMPACTOS DAS AÇÕES PREVENTIVAS NA SOCIEDADE

Matheus Lima Moreira
Audiane Ramos da Silva
Iasmin Soares da Silva
Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues
Mariana Farias da Silva Lima
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa
Aline Bianca Pinheiro Pereira
Weslley Carlos Coelho Vieira

CAPÍTULO 34.....496

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO

Weslley Carlos Coelho Vieira
Alessandra Coelho Vivekananda Meireles
Erika Patrícia Campos Rocha
Evelyn Moreira Silva
Yuri Marques Castro
Aline Bianca Pinheiro Pereira
Matheus Lima Moreira

CAPÍTULO 35.....506

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO COMBATE A VIOLENCIA CONTRA MULHER

Iasmin Soares da Silva
Mariana Farias da Silva Lima
Audiane Ramos da Silva
Matheus Lima Moreira
Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues

CAPÍTULO 36..... 518

ALZHEIMER E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Evelyn Moreira Silva
Adriane Cristine Pires Freire
Ana Cláudia Rodrigues Alves
João Ancelmo Feitosa Vasconcelos
Josuelem Sousa Louzeiro
Leandro Rego Santos
Naira Cristina França Melo
Weslley Carlos Coelho Vieira
Luciana Coelho Carvalho Oliveira
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

CAPÍTULO 37..... 531

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

Ana Paula Silva Cunha Marques

CAPÍTULO 38..... 545

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM FERIDAS CRÔNICAS

Marcia Cristina Dias Araújo
Camila Fernandes Batista Gama
Francisca Batista Meneses
Leandro Rego Santos
Naira Cristina França Melo

CAPÍTULO 39..... 558

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PÊNIS

Indiana Ingrid Sousa Carvalho
Vanessa Laís Costa
Elizabeth Carlos de Carvalho

CAPÍTULO 40..... 575

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Alessandra Alves
Michele Costa Gusmão
Shyrle Cristina Pereira
Elizabeth Carlos de Carvalho
Thâmara Silva Ribeiro Ramos
Elton Rodrigues Chaves
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

CAPÍTULO 41..... 592

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Jackson Pereira Soares

CAPÍTULO 42..... 606

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Wanessa Valéria Reis de Jesus Frazão

CAPÍTULO 43..... 621

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Rebeca Cristina Corrêa Ferreira

CAPÍTULO 44..... 634

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Luzia Virgem Miranda Mendes

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura

Fernando Martins do Carmo

Rafaela Mayara Lopes Silva

CAPÍTULO 45..... 645

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

Ana Claudia Rodrigues Alves

Adeilson Nascimento Silva

Evelyn Moreira Silva

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa

Leandro Rego Santos

Naira Cristina França Melo

Neurubia Abreu Cardoso

Tamires Carvalho Sousa Rodrigues

Thâmara Silva Ribeiro Ramos

CAPÍTULO 46..... 658

CUIDADOS PALIATIVOS: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM FASE TERMINAL DE CÂNCER

Yuri Marques Castro

Andréia Meneses da Silva

Luciana Coelho Carvalho Oliveira

Weslley Carlos Coelho Vieira

CAPÍTULO 47.....	670
A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NOS SEIS PRIMEIROS MESES	
Adriane Cristina Pires Freire	
Ainoan dos Santos Alves	
Aline Bianca Pinheiro Pereira	
Evelyn Moreira Silva	
Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa	
Luciana Coelho Carvalho Oliveira	
CAPÍTULO 48.....	685
CUIDADOS AOS IDOSOS DEPRESSIVOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	
Kelly Milena Chaves Santos	
CAPÍTULO 49.....	699
ADESÃO AO TRATAMENTO: VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS	
Álex Costa Assunção	
CAPÍTULO 50.....	711
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	
Kesya Gislayne Cardoso Sousa	
Michelle Costa Gusmão	
João Ancelmo Feitosa Vasconcelos	
CAPÍTULO 51.....	721
AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO	
Franciele Serra da Silva	
Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura	
CAPÍTULO 52.....	733
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	
Auriceia da Silveira Rodrigues	
CAPÍTULO 53.....	745
O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DA MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM PACIENTES GRAVES	
Devane Nunes	
Luciana Coelho Carvalho Oliveira	

CAPÍTULO 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: REVISÃO DE LITERATURA

***LOW RISK PRENATAL NURSING ASSISTANCE: LITERATURE
REVIEW***

Maria Antônia Rocha da Silva¹

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

Esta pesquisa tem por justificativa a identificação de que a gravidez é dita de baixo risco quando não é necessário sobrepor intervenções de maior complexidade e quando a morbidade e mortalidade materna-perinatal são menores do que as da população geral. Diferente do procedimento ativo, o complexo da gravidez estabelece avaliações continuadas em cada período, com o prognóstico materno ou fetal. A prática obstétrica do enfermeiro na unidade básica corrobora como prática da assistência de baixo risco e desempenha um papel importante no que concerne à humanização da assistência. Portanto, tem como panorama o procedimento gestatório e o período pós-parto significando menos sentimentos de medo e insegurança, incorporados à desinformação e assistência pré-natal inadequada. O objetivo geral desta pesquisa é descrever a Importância da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco. Tratou-se de revisão bibliográfica, por meio do qual foram investigados conceitos, definições, entendimentos e as principais discussões realizadas a respeito da importância do enfermeiro na assistência pré-natal de baixo risco. Tratam-se de publicações realizadas em periódicos que foram encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na fonte de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de dados de Enfermagem (BNENF), e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Palavras chave: Enfermagem. Pré-natal. Baixo risco.

Abstract

This research is justified by the identification that pregnancy is said to be low risk when it is not necessary to overlap more complex interventions and when maternal-perinatal morbidity and mortality are lower than those of the general population. Unlike the active procedure, the pregnancy complex establishes continuous assessments in each period, with the maternal or fetal prognosis. The nurse's obstetric practice in the basic unit corroborates the practice of low-risk care and plays an important role in terms of the humanization of care. Therefore, the gestatorial procedure and the postpartum period mean less feelings of fear and insecurity, incorporated into misinformation and inadequate prenatal care. The general objective of this research is to describe the Importance of Nursing Care in Low-Risk Prenatal Care. It was a literature review, through which concepts, definitions, understandings and the main discussions about the importance of nurses in low-risk prenatal care were investigated. These are publications carried out in journals that were found in the Virtual Health Library (VHL), in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nursing Database (BNENF), and in Latin American and Caribbean Literature. in Health Sciences (LILACS).

Key-words: Nursing. Prenatal. Low risk.



1. INTRODUÇÃO

O período de gestação ocasiona uma experiência singular e excepcional na vida de toda a mulher. É um processo fisiológico traz transformações no organismo materno causando sensações de ansiedade e medo. No acolhimento ao atendimento gestante durante todo o pré-natal de baixo risco o enfermeiro precisa ser um instrumento para que a mesma adquira autonomia no agir, Além de passar segurança durante a realização da assistência cara a gestante.

Esta pesquisa tem por justificativa a identificação de que a gravidez é dita de baixo risco quando não é necessário sobrepor intervenções de maior complexidade e quando a morbidade e mortalidade materna-perinatal são menores do que as da população geral. Diferente do procedimento ativo, o complexo da gravidez estabelece avaliações continuadas em cada período, com o prognóstico materno ou fetal.

A prática obstétrica do enfermeiro na unidade básica corrobora como pratica da assistência de baixo risco e desempenha um papel importante no que concerne à humanização da assistência. Portanto, tem como panorama o procedimento gestatório e o período pós-parto significando menos sentimentos de medo e insegurança, incorporados à desinformação e assistência pré-natal inadequada. O Objetivo geral desta pesquisa é descrever a Importância da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco.

Tratou-se de revisão bibliográfica, por meio do qual foram investigados conceitos, definições, entendimentos e as principais discussões realizadas a respeito da importância do enfermeiro na assistência pré-natal de baixo risco. Tratam-se de publicações realizadas em periódicos que foram encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na fonte de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Base de dados de Enfermagem (BNENF), e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

2. A ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

A Enfermagem é umas das poucas profissões criadas que possuem o privilégio de presenciar um dos maiores feitos da humanidade, a gestação. Dentro do período gravídico da mulher tem-se a oportunidade de observar transformações físicas, hormonais e até mesmo sociais baseadas nas fases as quais a mulher é submetida dentro do seu processo fisiológico de geração de um outro ser humano.

Levando em conta o grau de complexidade das consultas, temos a equipe enfermagem como peça fundamental dentro do planejamento estratégico do pré-natal. É responsabilidade do enfermeiro dentro de suas atribuições e especializações, o cuidado integrado na assistência prestada a gestantes, puérperas, parturientes e recém nascidos nos locais onde ocorrem serviços oferecidos para este tipo de fim.

No Brasil, as portas de acesso a atenção básica são condição fundamental para que o

indivíduo tenha a primeira oportunidade de acesso ao Sistema Único de Saúde – Sus. Baseando-se nisso, podemos observar que a atenção básica tem papel didático e preventivo em relação a variedade de cuidados que podem ser ofertados a cada público alvo. No que tange à prática cotidiana da Estratégia Saúde à Família (ESF), o acesso tem como um dos alicerces o acolhimento (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Em 1973 ocorreu a criação da primeira política voltada para a atenção específica à mulher brasileira. O PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil teve como foco principal o oferecimento a entrega de serviços que tinham como objetivo maior proteger a integridade da gestante e após o parto assegurar a continuidade dos cuidados prestados. Após algumas mudanças estratégicas e conceituais nas políticas de saúde da mulher, foi formulado em 1983 o programa da assistência integral à saúde da Mulher – PAISM (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Ao longo dos anos estudos científicos têm apontado grandes falhas na assistência de pré-natal. São dificuldades que vão desde o acesso aos locais de saúde, Início tardio do acompanhamento profissional, falha na regularidade das gestantes em dias de consulta e também a realização inadequada de alguns procedimentos disseminados na atenção básica em todo país.

É importante ressaltar que existem falhas na interação entre as famílias e suas respectivas equipes. Dessa forma define-se que “a falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato” (VIELLAS Et al, 2014, p. 86).

Frente aos principais desafios enfrentados na atenção básica, a enfermagem tem papel fundamental. Para minimizar e combater muitos problemas gerados no acompanhamento da gestação o profissional enfermeiro tem papel estratégico de gestão para mediar e tratar conflitos. Com base nesses aspectos o acompanhamento da gestação torna-se fase essencial para aprimoramento do estilo de vida da mãe impactando diretamente na vida do bebê a ser gerado.

O acompanhamento correto do binômio mãe-bebê é fundamental para que os mesmos se desenvolvam com qualidade ao longo dos meses. É a partir deste acompanhamento que pode-se intervir frente a determinados problemas que possuem potencial ao aparecimento. O processo de enfermagem através da consulta de pré-natal, viabiliza por meio da educação continuada orientações sob os cuidados durante a gestação, mudanças fisiológicas do corpo e emocionais, cuidados que se deve ofertar ao recém-nascido, amamentação, planejamento familiar dentro do núcleo ao qual a mãe está inserida e também aspectos sobre a imunização.

Dentro dos aspectos norteadores que regem a consulta de pré-natal parte das orientações passadas baseiam-se na promoção do cuidado a gestação. É durante esse processo que medidas são tomadas para manter o pré sendo realizado de forma tranquila e sem eventos adversos. Nessa etapa são repassados conselhos a serem seguidos pela mãe para que o indivíduo tenha a oportunidade de desenvolver todas as suas capacidades físicas, tendo uma boa alimentação fetal dentro dos meses pertencentes ao seu processo

formativo. Desse modo as equipes de saúde assumem a responsabilidade cuidar, orientar a gestante sobre a importância da realização do pré-natal assídua, realizando todos os exames e consultas mensais (ARAUJO, 2019).

Em um contexto geral, destacam-se as manifestações fisiológicas e hormonais apresentadas pela mãe durante a gestação. É papel fundamental da equipe de enfermagem responsável observar tais modificações a fim de prevenir o surgimento de patologias relacionadas a saúde psicológica emocional relacionadas a gravidez como depressão, ansiedade e síndromes associativas visto que se trata um período de transição psicológica aguçando a sensibilidade materna.

Segundo Da Silva e Tonon (2020) os profissionais da enfermagem precisam incentivar ao máximo as ações que culminem na prática da amamentação para promoção da assistência continuada entre mãe e bebê. A amamentação é um processo vital após o nascimento e é através dessa prática que o Recém-nascido obterá a absorção de nutrientes bem como a sua forma vital. A equipe possui papel crucial neste momento, podendo identificar de forma direta um processo de amamentação ineficaz ou até mesmo risco na alimentação da mãe.

Outra ação fundamental dentro pré-natal de baixo risco é a elaboração de práticas que incentivem a vacinação. É comum encontrar mulheres que demonstram preocupação em relação a regularidade das vacinas a serem tomadas durante a gestação muito menos a frequência com que precisam passar nas unidades básicas de saúde para controle das consultas. Uma mãe em dia com suas obrigações vacinais contribui para a segurança do ser humano que está sendo gerado. Dessa forma, a assistência da equipe de saúde pode ser considerada como uma ferramenta para a prevenção de complicações clínicas e obstétricas no decorrer da gestação e parto (DIAS, 2018).

A prática do planejamento familiar faz parte da forma estrutural do trabalho ofertado nas UBS de todo o país pelo enfermeiro da estratégia e saúde da família. É através de ações voltadas para a organização da família que conseguimos ofertar recursos primordiais para que a mulher tenha o embasamento para decidir sua opinião em relação a futuras gestações, sejam essas ações realizadas dentro do pré-natal de baixo risco ou fora dele.

De acordo com Da Silva e Tonon (2020) no decorrer do atendimento de cada gestante é de extrema importância que o enfermeiro crie um diálogo fluido entre a equipe e todas as pessoas envolvidas no processo da assistência continuada as pacientes. Dentro do contexto geral e humanitário, são inúmeras as ações que a enfermagem possui olhar clínico para exercer dentro do pré-natal de baixo risco. Essas ações são voltadas de forma segura e objetiva para a proteção tanto da gestante quanto do bebê.

Portanto, ofertar ações planejadas com qualidade durante o pré-natal é sem dúvidas idealizar um processo gestacional satisfatório. Desta maneira podemos assegurar que que todos os princípios éticos morais que embasam um pré-natal de qualidade serão base fundamental nos meses gestacionais acompanhados pela equipe de profissionais atuantes nesse seguimento.

Para Carrara e Oliveira (2013) a satisfação das gestantes se dá por meio da qualidade

do atendimento realizado pelos enfermeiros. É por meio dos esclarecimentos de dúvidas, das orientações dadas que o enfermeiro pode fazer a diferença na vida da mulher e que esta pode compreender a importância da assistência de enfermagem no pré-natal.

2.1 Etapas presentes na realização da consulta de pré-natal de baixo risco

Para uma assistência correta e um bom direcionamento a gestante durante o processo de gravidez o ciclo do pré-natal estrutura-se em etapas. Tais etapas facilitam o planejamento da equipe clínica que efetuará todos os atendimentos cabíveis nesse período. No Brasil, observa-se uma cobertura exponencial do pré-natal desde os finais dos anos 1990 até os dias atuais, proporcionando as comunidades estrutura adequada para a geração saudável de uma criança.

Segundo Pereira et al. (2017) O papel de mãe é sem dúvida alguma observado como tarefa associada a mãe a qual sofre dentro deste processo modificações dentro feminilidade. O pré-natal é um direito de toda mulher assegurado em constituição desde 2007 pela Lei nº 11.634 onde se determina que toda mulher assistida pelo SUS – Sistema Único de Saúde tenha direito a um pré-natal de qualidade. Para assegurar a qualidade da assistência prestada pela equipe, o cronograma do pré-natal de baixo risco ou risco habitual é estruturado de forma completa a fim de não permitir discrepâncias durante os serviços oferecidos.

A primeira consulta do pré-natal alguns aspectos devem ser evidenciados e seguidos criteriosamente. Neste primeiro momento e nas consultas seguintes as etapas do pré-natal de baixo risco deve ser seguidas, alimentado um diálogo contínuo entre as partes. Para o fortalecimento da relação Equipe – Gestante o modelo de assistência empregado no pré-natal deve estabelecer vínculo de confiança entre as partes. De tal forma, a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde proporcionam às gestantes, recém-nascidos e crianças formam condicionantes indispensáveis à melhora das condições de saúde na infância (PEREIRA et al., 2017).

Durante a realização da consulta de enfermagem a anamnese e o exame físico são ferramentas fundamentais para o planejamento da gestação junto a equipe e por sua vez junto a família da gestante. A anamnese deve ser bem elaborada, e nela deve-se obter o maior número possível de informações. Geralmente, todos os serviços e clínicas de pré-natal contam com fichas padronizadas que guiam o atendimento e permitem o registro dessas informações. Para aqueles que têm acesso ao prontuário eletrônico, sem dúvidas, essas fichas digitalizadas fazem parte da documentação (PEIXOTO, 2014).

Na a anamnese o profissional enfermeiro tem a possibilidade de conhecer a realidade das gestantes, o local onde moram, sua vida social e também tem a oportunidade de compreender aspectos familiares dentro do contexto onde as mesmas estão alocadas. É nesta etapa também que é realizada a coleta a respeito dos hábitos de vida, História clínica da gestante e histórico clínico familiar para de tal modo detectar se a mãe possui algum risco relacionado a fatores genéticos.



Nesta etapa da consulta de enfermagem a equipe tem a responsabilidade de avaliar o contexto físico da paciente. Avaliam-se estado nutricional encontrado, medidas antropométricas, índice de massa corporal e por conseguinte são feitas anotações a respeito do estado geral da gestante com o planejamento de propostas nutricionais para seu desenvolvimento ao longo da geração da bebê. Após as informações coletadas já na primeira consulta com o enfermeiro, a gestante deve ser classificada dentro da estratificação de risco (DA SILVA; ANDRADE, 2020).

A realização desta etapa corrobora para a análise clínica correta da paciente. Como esses exames são, de certa forma, invasivos para algumas mulheres, é prudente ter como norma a prévia explicação de seus objetivos e como serão realizados. Também é adequado lembrar da importância de contar com a presença de um profissional da equipe de saúde durante esse exame, além do acompanhante da gestante. Essa medida pode evitar problemas ético-profissionais no futuro (PEIXOTO, 2014).

Para colocar em prática as atividades propostas para todo o ciclo do pré-natal, faz-se necessário a avaliação e a detecção dos riscos circundam cada gestante. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada durante a primeira consulta do pré-natal e este processo precisa ser realizado também a cada retorno feito durante os nove meses do ciclo gravídico. A cada retorno a busca por anormalidade tende a se tornar mais frequente com a finalidade de garantir a segurança do binômio mãe – bebê.

De maneira geral a busca e classificação dos riscos que podem acometer as gestantes durante o ciclo gravídico só tem término concreto após o parto. A cada consulta a gestante pode ser classificada como baixo risco ou alto risco a depender do grau em que se encontra entre uma consulta e outra. Como prioridade obstétrica todas as consultas devem ser realizadas de maneira padronizada e sistematizada.

Os exames laboratoriais devem ser solicitados de acordo com o avanço das consultas. Cada exame traz uma informação relevante acerca da gestante e tem a função auxiliar no monitoramento da mesma pela equipe de enfermagem e multidisciplinar. A importância do início correto do pré-natal em qualquer esfera se faz crucial para a prevenção de diversos fatores que se associam a gravidez.

Segundo BRASIL (2012) dentro dos exames solicitados durante o pré-natal para a paciente grávida apresentam-se: Hemograma completo, Teste de Urina Tipo I, Urocultura, Antibiograma, Glicemia em Jejum, Parasitológico de fezes, VDRL E também o AntiHIV denominado Elisa. Tipagem sanguínea e fator RH para análise sanguínea e demais providências. Teste para Coombs indiretos em pacientes cujo fator Rh é classificado como negativo apresentando dados acerca dos anticorpos presentes no metabolismo. Estes exames laboratoriais são de suma importância e o profissional enfermeiro deve se atentar ao período de solicitação dos mesmos evidenciando os benefícios de uma assistência prestada com qualidade.

Para Oliveira et al. (2020) o calendário vacinal das gestantes no Brasil vem sendo e amplamente difundido entre as comunidades. A análise da caderneta de vacinação da gestante constitui etapa fundamental durante as consultas do pré-natal de baixo risco. A avaliação correta das vacinas a serem tomadas bem como as vacinas já administradas na gestante ajudam na proteção contra doenças que tem o potencial de prejudicar a saúde

não só da mãe, mas também da criança, mantendo o plano estratégico de cuidados estabelecido pela equipe que gerencia seu acompanhamento.

O estilo de proteção da gestante possui foco também na segurança do feto estimulando a produção de anticorpos são os pilares que regem os objetivos que norteiam a vacinação durante o processo da gravidez. A vacinação, em especial da gestante, é realizada em um momento de grande preocupação pela paciente, uma vez que ela se sente responsável pela vida do feto que está gerando (OLIVEIRA et al., 2020).

A prescrição de medicamentos durante as consultas do ciclo pré-natal estabelece um monitoramento constante da saúde materno-fetal. Prescrever medicamentos também faz parte do plano de cuidados estabelecidos pelas equipes de enfermagem desde que tais medicações estejam presentes nos protocolos dos programas de saúde. A equipe médica juntamente com a enfermagem atua continuamente no processo centralização do cuidado, mantendo uma linha precisa entre as necessidades da mãe sob o olhar clínico dos profissionais da saúde.

De acordo com Oliveira et al. (2020) políticas públicas de qualidade direcionadas as mulheres em processo de gestação são importantes para a manutenção da assistência prestada. O diálogo entre profissional e paciente configura um importante arma para cuidado das gestantes no período não apenas ao que diz respeito ao pré-natal, mas também ao ciclo pós parto que se iniciará meses depois. Ao final de cada etapa das que a grávida passará ao longo dos nove meses de gestação orientações gerais e cuidados sobre sua gravidez devem ser repassadas.

A integração da família ao processo cuidar aumenta em sua maioria as chances de se construir um ambiente favorável para a geração do feto e também para a prevenção de doenças características para o período. Preserva a saúde da gestante é dever de todos os envolvidos no processo, atingindo grau de prioridade para a geração da vida.

2.2 Papel do Enfermeiro no pré-natal de baixo risco

O Brasil passou por diversas modificações ao longo do tempo. A reforma sanitária proposta pelo brilhante médico Carlos Chagas em 1920 trouxe para aquela década um desenvolvimento marcante tendo como resultado anos depois em 1953 a criação do Ministério da Saúde. A homologação das diretrizes gerais referentes a política de saúde materno-infantil tornou a assistência para a pessoa grávida compartimentada em todo o país.

Em 1980 com a criação do PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Mulheres em idade fértil assim como idosas ganharam a preservação dos seus direitos em relação ao âmbito da maternidade. A evolução desse programa contribuiu para a assistência prestada a todas as mulheres do país dentro do ciclo do pré-natal e também do puerpério. Constava no programa original do PAISM que as atividades básicas de atenção integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanente e racionalmente, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina (RATTNER,

2014).

Nos anos 2000 criou-se então o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que tinha por sua vez o objetivo de melhorar a oferta da assistência prestada durante o acompanhamento materno junto ao pré-natal. A segurança no processo do cuidar tornou então prioridade dentro da assistência prestada as gestantes em todo o país totalizando uma ampla rede de amparo a todas as parturientes.

A enfermagem é peça presente não somente no pré-natal, mas em outras etapas da vida da humanidade. No processo do cuidar o enfermeiro constitui peça chave para a continuidade da assistência, para a execução e monitoramento de diversos momentos pertinentes. Sendo assim um fato importante que se ressalta é o estímulo à participação da(o) enfermeira(o) nas ações de saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal (DUARTE; DE ALMEIDA, 2014).

O enfermeiro, colaborador atuante dentro da equipe multiprofissional de saúde possui um amplo espaço de trabalho durante a assistência do pré-natal com foco dentro das Unidades Básicas de Saúde e no contexto de sua própria comunidade. Nessa linha de entendimento, a importância do enfermeiro ganhou novos contornos. Hodiernamente, este profissional passa a integrar, cada vez mais, em conjunto com outros profissionais, o corpo decisório das equipes de saúde, ganhando credibilidade no corpo social (SOUZA et al., 2013).

Segundo De Moura (2015) o pré-natal realizado de maneira contextualizada oferece a prevenção de intercorrências. Dentro do âmbito da saúde a enfermagem cumpre papel clínico com competência voltada para a promoção da saúde e do ser humano, mantendo sua integridade de acordo com todos os princípios técnicos atribuídos a sua função. No pré-natal de baixo risco o mesmo possui também papel impar para o cuidado voltado as gestantes que iniciam o ciclo de gravidez e procuram as unidades de saúde para iniciar o monitoramento igualitário da gravidez.

De tal modo as atividades envolvendo o pré-natal tem início, “a partir do momento que resta confirmada a gravidez, há o primeiro contato da mulher grávida (e, idealmente, do seu acompanhante) com o enfermeiro, o que constitui o cognominado acolhimento, com a realização das orientações sobre a assistência pré-natal e, principalmente, com a averiguação das impressões da gestante no tocante a gestação” (SOUZA et al., 2013, p. 90).

Os profissionais presentes na assistência necessitam do entendimento de que a gravidez é um momento de padrão complexo. Esse acontecimento envolve diversos aspectos sejam eles sociais, psicológicos e até mesmo financeiros tendo como base principal a participação familiar. Da mesma forma o papel do enfermeiro dentro do processo de transição feminina na gravidez deve ser realizado de maneira holística e humanizada a fim de gerar conforto amenizando as diversas situações que aparecem no decorrer do ciclo.

A enfermagem na figura do enfermeiro está respaldada dentro dos termos da lei a ofertar assistência digna. Dentro dos consultórios está apto a realizar consultas de enfermagem, prescrever cuidados a gestante e também de medicamentos específicos. Na oferta do pré-natal é importante ressaltarmos alguns pontos básicos como o direito adquirido

a um serviço digno, acompanhamento familiar durante as consultas do ciclo, pleno conhecimento sobre os procedimentos que passará ao longo dos meses bem como os exames que poderão ser solicitados a cada trimestre.

As consultas no pré-natal configuram importante mecanismo que contribui para a flexibilização do papel não apenas do enfermeiro, mas também da enfermagem como um todo. O enfermeiro como agente deste meio promove além da assistência aspectos que se complementam a educação continuada a evolução das parturientes frente as orientações passadas a cada etapa concluída. trata-se, em verdade, de ações de cunho educativo, atribuição do enfermeiro, que contribuem para que as gestantes (e, idealmente, em conjunto com familiares) conheçam a importância do pré-natal na redução da morbimortalidade materno-fetal, cientifiquem-se das rotinas necessárias para um pré-natal de qualidade e das transformações físicas e psíquicas (SOUZA et al., 2013).

As ações executadas dentro do pré-natal de baixo risco ou risco habitual devem estimular as orientações sobre o aleitamento materno visando o período pós parto, a prevenção contra o uso danoso de drogas além de desconstruir dentro do aspecto psicológico da mãe eventuais medos, traumas ou problemas envolvendo a gestação. Nesta etapa todo cuidado ofertado é essencial visando a criação de um ambiente estável para que a parturiente se sinta confortável a compartilhar suas inseguranças, sanar dúvidas e aprender sobre o ciclo ao qual está sendo submetida.

As anotações realizadas pelo profissional durante as consultas são desenvolvidas de forma técnica dentro do prontuário de cada paciente. Todas as atividades prestadas devem sempre estar de acordo com o código de ética, evitando assim eventuais descumprimentos quanto aos protocolos de assistência ao pré-natal. A humanização e a qualidade da atenção obstétrica e neonatal devem ter como características fundamentais a qualidade e a humanização (DOMINGUES et al., 2015).

No decorrer das consultas o profissional enfermeiro deve observar os marcos de desenvolvimento apresentados pela gestante, pontuando no exame físico por exemplo o desenvolvimento da gravidez. Dentro de cada consulta de pré-natal e até mesmo após esse período o enfermeiro possui também conduta educativa dentro da relação entre a mãe e o ser humano a ser gerado. As consultas relacionam em cada etapa o cuidado com cada ciclo da gravidez. Por isso, a gestante tem a educação em saúde da enfermagem como seu 'porto seguro' em relação às informações que sanarão tais problemas, encontrando as respostas para suas dúvidas (MARCULINO et al., 2014).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe à tona o tema "Assistência de Enfermagem no pré-natal de baixo risco". Justificou-se importante o tema escolhido por se tratar de uma abordagem objetiva sobre as ações da enfermagem no cuidado a gestante encaixada nos parâmetros do pré-natal de baixo risco ou risco habitual levando em conta as competências técnicas atribuídas ao profissional enfermeiro dentro do ambiente da atenção básica.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa buscou obter respostas para a seguinte pro-



blemática: Qual a atuação do Enfermeiro na Assistência do Pré-Natal de Baixo Risco? Teve como objetivo descrever a Importância da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de Baixo Risco. Para tal três capítulos foram produzidos para descrever um pouco sobre as ações da enfermagem na consulta do pré-natal de baixo risco, conhecer as etapas da consulta de pré-natal de baixo risco e compreender o papel do enfermeiro no pré-natal de baixo risco.

Sobre as ações da enfermagem na consulta do pré-natal de baixo risco, observou-se que a enfermagem está presente em todas as fases do processo zelando pelo planejamento estratégico envolvendo os contextos presente que envolvem o binômio mãe-bebê. Constatou-se que as ações voltadas para a manutenção do cuidar tem influência positiva na forma como a parturiente irá encarar a concretização da gravidez.

Em relação as etapas presentes na realização do pré-natal de baixo risco, a discussão propõe que cada etapa dentro das consultas bem como a solicitações correta de seus respectivos exames traz segurança a todas as partes envolvida tornando sólido os relacionamentos interpessoais entre os profissionais envolvidos no planejamento, a gestante e a integração de sua família.

A respeito do papel do enfermeiro no pré-natal de baixo risco, torna-se importante frisar que este possui papel importante dentro das competências que lhe são atribuídas para exercício de suas funções. É colaborador atuante e peça chave na prevenção de doenças características do período gestacional. A promoção da saúde é princípio atuante dentro das consultas de enfermagem ofertadas na assistência ao pré-natal.

Mediante o estudo exposto, a enfermagem a assistência prestada pela enfermagem na atenção básica como foco no pré-natal de baixo risco ou risco habitual tende de maneira assertiva contribuir para a promoção da saúde no meio da população de gestantes. À luz das teorias, exploradas na fundamentação teórica desta pesquisa bibliográfica, torna-se possível afirmar que os objetivos específicos e geral foram alcançados neste estudo científico.

Por mais que tenham ficado explícitos os benefícios que Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco pode proporcionar à sociedade, por meio deste estudo bibliográfico é possível avançar em novos estudos que possibilitem suas aplicações. Assim, como propostas para futuras pesquisas, sugere-se que novos estudos mais aprofundados possam ser realizados como: Importância do pré-natal feito pelo enfermeiro na atenção básica; A conscientização social a cerca do início correto do pré-natal como auxílio para a prevenção de intercorrências presentes na gravidez.

Referências

ARAÚJO, Regilda Bacelar et al. Cuidados De Enfermagem No Pré-Natal De Baixo Risco Na Estratégia De Saúde Da Família: Uma Análise Em Periódicos Nacionais. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S 2 , p.160 -173, jan ./ mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de**

- Saúde.** Presidência da República, Brasília, DF, 27 de dezembro de 2007. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-010/2007/lei/l11634.htm > Acesso em 17 de fevereiro de 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Brasília, 2012.
- CARRARA, G. L. R.; OLIVEIRA, J. P. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista FafibeOn-Line.** Ano VI, n. 6, p. 96-109, nov. 2013, Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/28/11122013185545.pdf>. Acesso em: 14 de abril de 2022.
- CONCEIÇÃO, Lejla Serafim; LAGO, Maria Joseane; LIMA, Marcio Amorim Tolentino. Pré-natal humanizado no sus: ações de enfermagem. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde,** Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 269-280, 2019.
- DA SILVA, Ana Alice Bueno da Silva; ANDRADE, Claudiane. O Papel do Enfermeiro na Assistência, Educação e Promoção da Saúde no Pré-Natal. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 10, e 9989109477, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525 - 3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9477>.
- DA SILVA, Viviane Mariano; TONON, Thiarles Cristian Aparecido. Atuação do Enfermeiro no Processo de Amamentação. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 10, e7819109158, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9158>. >. Acesso em 15 de março de 2022.
- DE MOURA, Samilla Gonçalves et al. Assistência Pré-Natal realizada pelo Enfermeiro (a) um Olhar da Mulher Gestante. **J. res.: fundam. care. online** 2015. jul./set. 7(3):2930-2938.
- DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE,** Rio de Janeiro, V.6, n.1, p 52 -62, jan – jun, 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A.; THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S. G. N. D.; LEAL, M. D. C. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 37, p. 140-147, 2015.
- DOS SANTOS, Roberta Luciele Blaas et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Rev Enferm UFSM** out./dez.;5 (4): 628-637, 2015.
- DUARTE, Sebastião Junior Henrique; DE ALMEIDA, Eliane Pereira. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré- NATAL. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 jan/abr; 4(1):1029-1035.
- FERREIRA, Gabriela Elaine et al. Atenção do Enfermeiro na Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Brazilian Journal of Health Review,** Curitiba, v.4, n.1, p 2114-2127 jan. /Feb. 2021.
- MARCULINO, E. G.; PAIVA RODRIGUES, D., AZEVEDO QUEIROZ, A.B.; DE ASSUNÇÃO FERREIRA, M. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista brasileira de enfermagem,** v. 67, n. 1, 2014.
- MENEZES, Jorge Jonas Souza et al. Pré-natal de baixo risco: dificuldade da gestante na realização do pré-natal com o Enfermeiro. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 7, e912974497, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 525 3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd v9i 7.4497>. Acesso em 19 de abril de 2022.
- OLIVEIRA, Sara de Carvalho et al. Desigualdades Sociais E Obstétricas E Vacinação Em Gestantes. **Rev Bras Enferm.** 2020; p2.73(Suppl 4):e20190099.
- PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(10):447-52.
- PEIXOTO, Sérgio. **Manual de assistência pré-natal.** 2a. ed. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.
- PEREIRA, Dídia de Oliveira et al. Avaliação das Consultas de Pré-Natal: Adesão do Pré-Natal e Complicações na Saúde Materno Infantil. **Revista Ciência Plural.**2017;3 (3):2-15.
- QUEIROZ, Dayanna Joyce Marques Et al. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** vol. 28, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 504-512, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará, Brasil.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 103-108, jun, 2014.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 805-816, 2014. < <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>>. Acesso em 20 de janeiro de 2022.

SOUZA, Brígida Cabral; BERNARDO, Amanda Rafaela Cruz; SANTANA, Lícia Santos. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, V.2, N.1, p. 83-94, out. 2013.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência Pré-Natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30, S85 – S100, 2014.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES TIPO 2

*NURSES' PERFORMANCE IN THE PREVENTION AND CONTROL OF
TYPE 2 DIABETES*

Jacqueline Rose Souza dos Santos¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O diabetes mellitus é uma síndrome que causa alterações no nível de glicose no sangue, existindo o tipo 1 e o tipo 2. O diabetes tipo 2 é normalmente diagnosticado em adultos e seus sintomas são mais moderados em relação os sintomas apresentados pelo diabetes tipo 1. Sendo assim, é de fundamental importância o acompanhamento de pacientes portadores de diabetes mellitus. Segundo estimativa do IBGE, em 2019 entre a população com 18 anos ou mais, cerca de 7,7% afirmam ter recebido o diagnóstico médico de diabetes (IBGE, 2020). Essa discussão é de grande importância, pois trata-se do acompanhamento e do tratamento de um grupo de indivíduos que requer cuidados constantemente. O objetivo geral deste trabalho foi compreender o papel do enfermeiro na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2. Este estudo tem caráter descritivo baseado em revisão de literatura. Foram consultados diferentes documentos (livros, resumos, teses e artigos científicos), encontrados nos bancos de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google Acadêmico, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Aos campos de pesquisa foram utilizados os descritores: "Diabetes Mellitus", "Prevenção", "Controle da Diabetes Mellitus", "Cuidados de Enfermagem" na língua inglesa e portuguesa. Como critério de inclusão utilizou-se os estudos que abordassem assuntos que tratassem dos danos ocupacionais. Concluiu-se que, as principais complicações que podem ou atingir o indivíduo diabético, tais como: Neuropatia diabética, distúrbios visuais, pé diabético, cardiopatias, AVC e entre outras, destas é essencial para o profissional enfermeiro pois este deve orientar o paciente sobre as consequências que a diabetes podem trazer caso ele não se cuide.

Palavras chave: Diabetes Mellitus. Prevenção. Controle. Cuidado. Enfermagem.

Abstract

Diabetes mellitus is a syndrome that causes changes in blood glucose level, there is type 1 and type 2. Type 2 diabetes is usually diagnosed in adults and its symptoms are more moderate in relation to the symptoms presented by type 1 diabetes. Therefore, monitoring patients with diabetes mellitus is of fundamental importance. According to an estimate by the IBGE, in 2019, among the population aged 18 and over, about 7.7% claim to have received the medical diagnosis of diabetes (IBGE, 2020). This discussion is of great importance, as it involves monitoring and treating a group of individuals who constantly require care. The general objective of this study was to understand the role of nurses in the prevention and control of type 2 diabetes mellitus. This study has a descriptive character based on a literature review. Different documents (books, abstracts, theses and scientific articles) were consulted, found in the following databases: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google Scholar, Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences). The following descriptors were used for the research fields: "Diabetes Mellitus", "Prevention and", "Control of Diabetes Mellitus", "Nursing Care" in English and Portuguese. As an inclusion criterion, studies that addressed issues dealing with occupational damage were used. It was concluded that the main complications that can or reach the diabetic individual, such as: Diabetic neuropathy, visual disturbances, diabetic foot, heart disease, stroke and among others, of these is essential for the professional nurse because he must guide the patient about the consequences that diabetes can bring if he does not take care of himself.

Key-words: Diabetes Mellitus. Prevention. Control. Caution. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença silenciosa, sendo caracterizada pelo excesso de glicose no sangue, o qual prejudica o equilíbrio fisiológico dos sistemas do corpo humano, não tem cura, mas tem tratamento e exige mudanças do hábito de vida do indivíduo, para que ocorram prevenção e controle desta patologia.

O enfermeiro deve sempre orientar o paciente para que este saiba se autocuidar, pois um descuido na diabetes mellitus pode ocasionar inúmeras complicações. Na atenção básica, trabalha-se com campanhas, grupo de apoio, visitar domiciliar, entre outras estratégias, com o intuito de identificar os diabéticos, prevenir a diabetes e ajudar a controlar a doença.

O estudo justifica-se porque busca aprofundar nas literaturas vigentes sobre a diabetes mellitus tipo II, buscando elencar a prevenção e controle, mostrando a ação da equipe de enfermagem para que esse controle e prevenção ocorram, servindo este trabalho para esclarecer sobre esta temática e também para acrescentar conhecimento aos profissionais e acadêmicos de enfermagem.

O objetivo geral da pesquisa é compreender o papel do enfermeiro na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2. Este estudo tem caráter descritivo baseado em revisão de literatura. Foram consultados diferentes documentos (livros, resumos, teses e artigos científicos), encontrados nos bancos de dados: Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Google Acadêmico, Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Aos campos de pesquisa foram utilizados os descritores: "Diabetes Mellitus", "Prevenção e Controle da Diabetes Mellitus", "cuidados de enfermagem na Diabetes Mellitus" na língua inglês e português. Para que os artigos fossem incluídos como base na elaboração deste trabalho, os critérios utilizados foram de que deveriam abordar assuntos que tratassem dos danos ocupacionais. Foram consultados ainda diferentes documentos como: Livros, Teses, artigos, monografias desde o ano de 2011 até o ano de 2022.

2. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES TIPO 2

2.1 Diabetes Mellitus

A fisiopatologia da diabetes é necessária compreendê-la para saber identificar no indivíduo, pois fisiologicamente tudo que entrar em nosso corpo sai e o que fica tem uma medida para que não exceda e não cause malefício, em geral o pâncreas produz insulina e glucagon para regular a glicose que em geral é advinda por três meios: 1) absorção intestinal decorrente dos alimentos, 2) fluxo hepático de glicose decorrente de glicogenólise e 3) captação de glicose por todos os tipos celulares (GUYTON; HALL, 2017).

Tudo se inicia com a digestão dos alimentos nos quais células do pâncreas e fígado



regular o nível de glicose no sangue por meios de hormônios como glucagon e insulina. O diabetes mellitus integra um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) decorrente de defeitos na secreção ou na ação da insulina no metabolismo dos alimentos (BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

Com o retardo no diagnóstico o indivíduo leva uma vida normal, principalmente quanto à inadequada ingestão de alimentos e de bebidas alcoólicas, que contribuem para o agravamento da situação. A ausência de tratamento medicamentoso, a falta de educação alimentar e prática de exercícios físicos agravam o quadro da doença e favorecem o surgimento de complicações. As pessoas com diabetes mellitus têm sido vítimas constantes de amputações de membros inferiores, decorrente da evolução da doença e desenvolvimento de complicações (GUYTON; HALL, 2017).

Guimarães (2012) explica que a glicogenólise é um dos meios de oferta glicose no sangue, sendo que este processo ocorrer preferencialmente no fígado, rim por meio da regulação de insulina e glucagon. Durante a secreção da insulina para aumentar níveis de glicose se tem ainda as creatinas que é um tipo de hormônio produzido pelo trato gastro intestinal quando se tem nutrientes, sendo as creatinas mais fundamental o GIP e o GLP-1.

A Diabetes mellitus não possui cura e sim controle, sendo, portanto, uma doença crônica degenerativa, causada por distúrbios metabólicos que alteram o funcionamento da insulina hormônio responsável por regular a glicemia no sangue, levando o indivíduo a concentrar glicose, isso ocorrer por diversos fatores (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma enfermidade sem cura, porém pode ser oferecido tratamento com base nutricional, exercício físico, medicamentos hipoglicemiantes orais insulina. As manifestações clínicas mais frequentes com o aumento da glicemia são: poliúria, mictúria, polidípsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, entre outras (SMELTZE; BARE, 2012).

De acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA) (2013), a diabetes é classificada em: Tipo 1 (doença autoimune que destrói as células beta pancreáticas, impedindo a produção de insulina) e Tipo 2 (diabetes adquirida por outros mecanismos, sendo a insulina produzida em menor quantidade).

A DM é dividida em dois subtipos: Tipo 1 e 2, sendo que no tipo 1 as células betas do pâncreas são atacadas e destruídas por células do sistema imune, enquanto a DM 2 as células já não captam glicose e estas se concentram, a insulina já não age regulando o nível de glicose no sangue, no qual chamamos de resistência insulínica (FERREIRA et al., 2011).

A diabetes apresenta como sintomas: sede excessiva (polidipsia), excesso de fome (polifagia), eliminação muito grande de diurese (poliúria) e emagrecimento, podendo ainda apresentar distúrbios visuais, astenia, tendo na urina grandes concentrações de proteína, dor nos nervos e quadros de infecção (BRASIL, 2013). O Manual de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (2013) explicar que os sinais e sintomas clínicos da diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, astenia, visão turva, dormência nas mãos e pés, pele ressecada e feridas que demoram a cicatrizar ou

não cicatrizam, além de infecções recorrentes. Na Figura 01 pode-se ver um pouco mais destes sintomas:

Tabela 2 – Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM

Sinais e sintomas clássicos:
• Poliúria;
• Polidipsia;
• Perda inexplicada de peso;
• Polifagia.
Sintomas menos específicos:
• Fadiga, fraqueza e letargia;
• Visão turva (ou melhora temporária da visão para perto);
• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.
Complicações crônicas/doenças intercorrentes:
• Proteinúria;
• Neuropatia diabética (câimbras, parestesias e/ou dor nos membros inferiores, mononeuropatia de nervo craniano);
• Retinopatia diabética;
• Catarata;
• Doença arteriosclerótica (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica);
• Infecções de repetição.

Figura 01- Sintomas da Diabetes Mellitus
Fonte: Brasil (2013, p.30)

A Figura 01 mostra os principais sinais e sintomas que levam a suspeita da diabetes mellitus. Para se identificar a diabetes mellitus faz-se alguns exames como por exemplo a glicemia em jejum, caso de resultado negativo, recomenda-se refazê-lo em média a cada três anos e caso apresente alteração para que assim possa se ter um rastreamento ideal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Os fatores que podem causar o desenvolvimento constante da doença na população e dificuldade das medidas de prevenção e o desconhecimento da patologia por parte dos pacientes em geral a não adesão ao tratamento, dificultando o acesso ao centro de saúde por falta de monitoramento dos níveis glicêmicos entre outros. O diabetes mellitus é uma doença endócrina, com causas multifatoriais, e está relacionado diretamente à produção insuficiente de insulina por falta ou incapacidade de exercer sua função com êxito. Geralmente provoca hiperglicemia constante e outras complicações. Onde podem lesionar em longos prazos órgãos como coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), deve-se realizar o rastreamento da diabetes na comunidade buscando conhecer o histórico de vida pessoa, ver seus dados antropométricos, sinais vitais, fazer exame físico e solicitar exames laboratoriais, podendo este rastreamento ser feito pelo médico ou enfermeiro.

Para se diagnosticar a diabetes realizam-se os seguintes exames: glicemia em jejum, teste de tolerância a glicose, hemoglobina glicada, em casos de urgência, o primeiro exame a ser feito é o de glicemia casual, levando em conta a sintomatologia apresentada pelo paciente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Segundo o Manual de Controle e Seguimento da Diabetes Mellitus (2015), para diagnóstico da diabetes se faz a glicemia em jejum (exige um jejum de no mínimo 8 horas para ver o nível glicêmico), pós-prandial, tolerância a glicose (administrar glicose no sangue e ver como o organismo reage) e hemoglobina glicada (faz uma média da glicemia de pelo menos nos últimos três meses).

No estudo de Costa et al. (2017) abordam que doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial a diabetes contribui para a morbidade e mortalidade, causando grande impactos socioeconômicos em nível global, mais se destaca mais em países de baixa e média renda e em populações vulneráveis. A diabetes está atrelado a inúmeros fatores de risco e um dos mais prevalentes é o envelhecimento, suas complicações por serem graves, acabam gerando o um alto custo social e financeiro ao paciente e ao sistema de saúde, além de comprometer à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida dos indivíduos portadores.

No estudo de Flor e Campos (2017) evidenciam que pesquisas globais apontam que o diabetes mellitus atinge 382 milhões de pessoas (8,3%), e esse número poderá chegar a 592 milhões em 2035 e 50% das pessoas não sabem que possuem esta patologia, sendo que está no ano de 2013 já ocasionou óbito de 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos e até 2030 DM pode saltar de nona para sétima causa mais importante de morte em todo o mundo, a nível de Brasil neste mesmo ano ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20 – 79 anos), diante destes dados a diabetes é um problema de grande magnitude e que precisa de intervenções, políticas públicas mais resolutivas em especial, para a modificação de hábitos de vida, controlando os fatores de risco associados ao diabetes, por meio de medidas de promoção da saúde, reduzindo a incidência da doença e de suas complicações.

2.2 Tratamento, complicações e fatores de risco da diabetes mellitus tipo 2

A importância do tratamento está em evitar as complicações e obter controle glicêmico, por isso conhecê-lo é de fundamental importância, pois existe o tratamento não farmacológico que consiste em mudança alimentar e prática de atividade física e o tratamento farmacológico como o próprio nome já indica se usar fármacos (BRASIL, 2015).

Como tratamento farmacológico se tem Medicamentos de primeira linha: A metformina elevar a captação da glicose e sua utilização na musculatura esquelética, diminuindo a resistência à insulina, e reduzindo a produção hepática de glicose. Recomenda-se iniciar metformina em doses baixas (500 mg ou 1/2 comprimido de 850 mg), única ou duas vezes ao dia, durante ou após as refeições (café da manhã e/ou jantar) para prevenir sintomas gastrointestinais (BRASIL, 2013).

As contraindicações para o uso de metformina têm se reduzido com a maior experiência de uso, mas mantém-se a contraindicação em pacientes com insuficiência renal (filtração glomerular). Medicamento de segunda linha: As sulfonilureias exercem sua principal função sobre as células beta, estimulando a secreção de insulina e reduzindo o nível

plasmático de glicose. A glibenclamida e a glicazida são as sulfonilureias disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A glibenclamida e a glicazida possuem eficácia, toxicidade e farmacocinética similares, sendo praticamente intercambiáveis. Medicamento de terceira linha: são insulinas de ação intermediária ou longa (BRASIL, 2013).

Insulinas					
	Início	Pico	Duração	Posologia	Aspecto
Ação rápida					
Regular	30 – 60min	2 – 3h	8 – 10h	30 minutos antes das refeições 1– 3x/dia	crystalino
Ação Intermediária					
NPH	2 – 4h	4 – 10h	12 – 18h	recomendar dose noturna às 22h	turvo
Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.					

Figura 02- Insulinas disponíveis no SUS
Fonte: BRASIL, (2013, p.55)

A Figura acima mostra os tipos de insulina existente e os seus tempos de ação. Segundo o Manual de controle e seguimento da Diabetes mellitus (2015) ele fala da importância do tratamento não medicamentoso que consiste em orientar o indivíduo a: realizar no mínimo três refeições pequenas sem pular nenhuma, consumir legumes e hortaliças, come frutas de forma moderada em especial algumas como: banana, uva e mangas e dar preferência para: maçã, ameixa fresca e pêra, pois tem menor quantidade de açúcar, comer sempre carnes magras como: peixe e frango preferi azeite e óleo de origem vegetal e evita: manteigas, banha de algum animal e enlatados, diminuir consumo de: sal, bebida alcoólica, evitar açucares (ex: chocolate, bolo), comer cozido ou grelhado e beber ao menos 1, 5 litro por dia e pratica atividade física para manter ou reduzi o peso e evitar complicações.

Conceição, Silva e Barbosa (2017) falam dos fármacos para o tratamento da diabetes, sendo o de primeira escolha a metformina, que é uma biguanida que diminuir a sua captação nos tecidos e conseqüentemente a glicemia. As sulfonilureias que bloqueiam canais de potássio sensível ao ATP, despolarizando a célula B pancreática, levando o influxo de íon de cálcio e liberação de insulina. Meglitinidas controla picos hiperglicêmicos pós-prandiais. Inibidores de alfa-glicosidases, que desacelera e diminuir a absorção de glicose seguido da inibição da degradação de carboidratos complexos no trato gastro intestinal.

2.3 Complicações da diabetes

De acordo com o Manual de controle e seguimento da Diabetes mellitus (2015) ele cita como complicações: Neuropatia diabética, distúrbios visuais, pé diabético, cardiopatias, AVC, sendo que para avaliar o paciente diabético devem ser feitas consultas trimestrais. Um outro distúrbio que pode ocorrer devido a diabetes mellitus é a Diabetes insípida aonde a vasopressina e sensibilidade renal estão diminuídos ou altamente comprometidos, sendo dividido também em dois subtipos: DI Central (DIC) e DI Nefrogênico (DIN) (FERREIRA et al., 2011).

De acordo com o Manual de controle e seguimento da Diabetes mellitus (2015) ele cita como complicações: Neuropatia diabética, distúrbios visuais, pé diabético, cardiopatias, AVC, sendo que para avaliar o paciente diabético devem ser feitas consultas trimestrais. Segundo Klafke et al. (2014) quando o indivíduo tem perda de peso, coma, desidratação em geral está sintomatologia indica complicações agudas como: a cetoacidose diabética, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a hipoglicemia. Os episódios de estado hiperglicêmico hiperosmolar e os de cetoacidose apresentam elevada letalidade, cerca de 15 e 5% respectivamente e manejo gera altos custos para os pacientes e para a sociedade.

Segundo Ferreira et al. (2011) quando o organismo começa a eliminar albumina na urina se tem uma complicação microvascular chamada de nefropatia diabética, aumentando a chance de óbito da pessoa diabética. A diabetes colabora para o desenvolvimento de doença renal, cerca de 95% dos pacientes diabéticos apresentam problema renal e por isso dependem de diálises e transplantes renais.

Segundo Villas et al. (2011) o indivíduo com diabetes apresenta maiores chances de desenvolver doenças de natureza aguda ou crônica, que associadas ao estado de envelhecimento agravam as complicações e elevam a chances de mortalidade, necessitando assim aplicar o tratamento terapêutico específico para cada caso e incentivar a realização.

2.4 Fatores de risco

Os fatores de risco para diabetes mellitus segundo Rubin, Azzolin e Muller (2011) que dificultam a adesão do tratamento do paciente diabético são: a falta de conhecimento no manejo da patologia e a baixa escolaridade fazendo com que haja déficit em entender a complexidade terapêutica e na abordagem dos profissionais Faria et al. (2014) a adesão é denominada como a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, obedece ao plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida, indo de acordo às recomendações preconizadas por um profissional de saúde.

Os fatores de risco na adesão são: ausência da acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos negativas, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento.

Medeiros et al. (2012) após como fatores de risco para diabetes mellitus em adultos jovens: fest food (comidas prontas, industrializadas e hipercalórica) devido suas rotinas diárias corridas o que gera sedentarismo, obesidade, além de antecedentes familiares. Almeida et al. (2011) apontam que entre os fatores de risco para diabetes tipo 2 está a ocupação dos trabalhadores de enfermagem, devido enfrentarem jornadas desgastante, terem múltiplos empregos, não conseguem aderir a uma alimentação balanceada, o estresse e ansiedade que os acompanham os tornam suscetíveis aos agravos crônicos.

Santos e Pinho (2012) apontam como fator de risco o envelhecimento por que ocorre uma elevação e redistribuição do tecido adiposo, o que gera gravidade metabólica devi-

do o fígado extrai menos insulina e reduzir glicose nos tecidos periféricos. No estudo de Sousa et al. (2019) dizem que entre os fatores de risco para DM estão: o sexo feminino e a idade partir de 50 anos, acompanhado pelo tabagismo, sobrepeso, sedentarismo e doenças cardiovasculares.

Neste capítulo abordou-se os dois tipos de tratamento que são o não farmacológico e o farmacológico pois estes são os principais meios de prevenção de complicações e controle glicêmico, sendo ainda citadas as principais complicações que podem ou atingir o indivíduo diabético, tais como: Neuropatia diabética, distúrbios visuais, pé diabético, cardiopatias, AVC e entre outras, saber é essencial para o profissional enfermeiro pois este deve orientar o paciente sobre as consequências que a diabetes podem trazer caso ele não se cuide.

2.5 Condutas e cuidados de enfermagem frente ao paciente diabético mellitus tipo 2

Para que se saibam quais cuidados podem ser administrados ao paciente devem-se ouvir suas dúvidas, necessidades, saber seu nível de conhecimento, como é seu nível socioeconômico e social, saber o que pensa e sentir, se sente preparado para se auto cuidar ou se precisar de ajuda, sendo que o enfermeiro precisa ter um olhar clínico e holístico do paciente (BRASIL, 2013).

Para Scain et al. (2013) na consulta de enfermagem deve-se sempre frisar ao paciente a educação em saúde para que saiba se auto cuidar e manejar melhor sua doença, tendo como objetivos do processo de educação em diabetes mellitus tipo 2: controle glicêmico e metabólico, evitar ou diminuir complicações e garantir sem ou menor custo qualidade de vida. Sendo apontando no estudo de Scain et al. (2013) os diagnósticos de enfermagem mais frequentes.

Para Smeltzer e Bare (2012) ao se descobrir que um paciente é diabético faz-se necessário informar o tipo, qual o tratamento, a meta glicêmica, orientar a mudar a dieta, a monitorar a glicose e caso seu tratamento seja usado insulina, ensinar onde guardar, como usar e em quais locais aplicar e procurar o serviço de saúde sempre que estiver com a glicemia alterada.

Cabe ao enfermeiro promover uma Assistência baseada na sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sempre realizando educação em saúde para que o indivíduo aceite sua patologia, mas queira controlar, se tratar, se recuperar e evitar complicações, sendo este co-responsável pelo seu próprio cuidado. Cabe ao enfermeiro elencar os fatores de risco, realizar estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, montar um plano de cuidados que se adequa a realidade do paciente (BRASIL, 2013).

De acordo Manual de controle e seguimento da diabetes mellitus (2015) cabe o enfermeiro ensinar e incentivar: a práticas de atividades físicas, alimentação balanceada, como armazenar a insulina ou outros medicamentos para controle glicêmico, no caso de insulina mostrar os locais adequados para aplicação, como realizar aferição glicêmica e os cuidados com a pele e pés. Um dos meios de rastrear a DM, tratar e orientar é por meio

da consulta de enfermagem, no qual o enfermeiro por meio de anamnese avalia o paciente e o ambiente que este está inserido, verificando os fatores de risco, vendo as medidas necessárias para promoção do controle glicêmico e de saúde e incentivando o paciente ao autocuidado.

Toda consulta direcionada ao paciente com DM deve sempre levar em conta: a identificação do paciente, levantar os fatores de riscos, saber a história pregressa e familiar, verificar os hábitos de vida e ver o estado psicossocial do paciente, para que se possa intervir no caso clínico do paciente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Smeltzer e Bare (2012) falam da importância do paciente aderir ao tratamento, caso ele tenha dificuldade em aderir deve-se explicar as consequências disso como: cegueira, amputação e entre outras, ajudá-lo quanto ao tratamento, um dos meios de ajudá-la é por meio de diagnósticos, intervenções traçadas pelo enfermeiro.

A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Manter a saúde significa sustentar uma nova vida com qualidade através de ações que convergem para o autocuidado, melhorando as condições de saúde, evitando o tabagismo o uso de bebidas, manter o peso adequado, ter uma boa alimentação, manter a vacinação atualizada realizar atividades de lazer regularmente, combater o estresse com atividades alternativas e praticar atividade física regular (SCAIN et al., 2013).

Para Berthoni e Dias (2018) para que se tenha o controle da diabetes mellitus se dá por meio de uma alimentação balanceada com a insulina e/ou hipoglicemiantes orais, sendo importante respeitar a quantidade e qualidade de alimentos e os horários das refeições para ter o controle glicêmico efetivo, controlar a taxa de lipídeos, promover a educação em saúde explicando a relevância da mudança de hábitos para melhora na qualidade de vida, construindo conhecimentos, levando o indivíduo a compreender melhor a patologia e escolher uma solução apropriada para o autocuidado, além de prevenir e tratar os agravamentos.

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se responsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

A enfermagem tem papel fundamental na prestação da informação ao paciente frente às medidas preventivas, tanto envolvendo as ações de prevenção primária, que incluem mudanças no estilo de vida da população saudável e ações de prevenção secundária, que abarcam a incorporação do tratamento diante do diabetes, e nos casos de complicações decorrentes do diabetes o paciente é assistido em sua reabilitação social, física e emocional (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A orientação de enfermagem a pacientes diabéticos tem a possibilidade de conviver

melhor com o indivíduo e com suas condições crônicas, além da orientação para a percepção dos riscos à saúde e o desenvolvimento de habilidades para superá-los. Os vários eixos a serem abordados na orientação da administração de insulina (em pacientes portadores de DM tipo I), importância do controle de medicamentos prescritos e seus efeitos, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença, além de outras práticas de autocuidado (BRASIL, 2013).

A educação para o autocuidado compreende aspectos psicossociais e culturais, sendo de grande relevância para informar, motivar e proporcionar para o paciente e sua família uma melhor convivência diante desta condição crônica, reforçando em cada consulta a percepção de risco à saúde, o desenvolvimento de habilidades e a motivação para superar esses riscos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Para que se previna e se trate doenças crônicas não transmissíveis devem-se ensinar e incentivar o autocuidado, pois ajuda na eficácia do tratamento e diminuir complicações, devendo esse autocuidado ser feito por meio de práticas alimentares saudáveis, controle glicêmico e cuidados com os pés (GOMIDES et al., 2013).

Para Berthoni e Dias (2018) mencionam a importância da dieta saudável e individualizada para cada cliente, sendo recomendado ainda o fracionamento de cinco a seis refeições ao dia, sendo três principais (desjejum, almoço e jantar) e duas a três refeições intermediárias (colação, lanche da tarde, ceia), ressalta-se que o plano alimentar deve ser seguido corretamente para assegurar a oferta de nutrientes adequados ao indivíduo com DM, indo de acordo com as necessidades e gosto, deve-se ainda orientar a evitar bebidas alcoólicas e para que venha aderir ao tratamento clínico e dietoterápico o portador de diabetes deve se conscientizar da importância destas condutas e deve ter o apoio de sua família e da equipe de saúde que o acompanha.

Para Marques et al. (2019) o tratamento do paciente com diabetes mellitus só é eficaz quando a equipe de saúde ajuda a desenvolver as habilidades de autocuidado visando responsabilizar as pessoas com DM com o seu tratamento, por meio da transformação ou da manutenção de hábitos saudáveis e do fortalecimento da autoconfiança. Neste estudo apontou ainda como cuidados: alimentação saudável, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e usar as medicações.

Este trabalho evidenciou não só as medicações e complicações da diabetes na vida do paciente, mas a importância do enfermeiro ter conhecimento sobre de como usar bem a consulta de enfermagem para ajudar o cliente diabético a evitar tais problemas e manter controle desta patologia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi abordado a fisiopatologia da diabetes mellitus, a definição e classificação da diabetes sendo de extrema importância conhecer esta patologia para que se possa fazer rastreamento e diagnósticos precoces e precisos, de forma a saber qual tratamento se aplicar e quais intervenções traças.



Abordou-se os dois tipos de tratamento que são o não farmacológico e o farmacológico, pois estes são os principais meios de prevenção de complicações e controle glicêmico, sendo ainda citadas as principais complicações que podem ou atingir o indivíduo diabético, tais como: Neuropatia diabética, distúrbios visuais, pé diabético, cardiopatias, AVC e entre outras, saber é essencial para o profissional enfermeiro pois este deve orientar o paciente sobre as consequências que a diabetes podem trazer caso ele não se cuide.

Faz-se necessário investir ainda mais em educação em saúde não só para o cliente mais também para o profissional de saúde, pois quanto mais se souber o que é, como é causada, quais as complicações, melhores serão as estratégias para prevenção e controle da diabetes mellitus tipo 2.

Referências

ALMEIDA, Vitória; ZANNETTI, MARIA; ALMEIDA, Pauly; DAMASCENO, Marta. Ocupação e fatores de risco para diabetes tipo 2: estudo com trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino Am, Enfermagem**, v.19, n.3, maio, junho, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62-69, 2013.

BERTHONI, Laura; DIAS, Juliana. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v.2, n.2, p.1-10, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Saúde. **Manual de controle e seguimento Diabetes Mellitus**. -Praia, agosto de, 2015. Disponível em: <<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/328-manual-de-controlo-e-seguimento-de-diabetes-mellitus/file>>. Acesso em 22/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRUNNER; SUDDART. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**; 13ª edição; Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

CONCEIÇÃO, Raissa; SILVA, Paula; BARBOSA, Maria. Farma para tratamento de diabetes tipo II: Uma visita ao passado e o olhar para futuro. **Rev. Virtual Quim**, v.9,n.2,p.514-534,2017.

COSTA, Amine; FLOR, Luisa; CAMPOS, Monica; OLIVEIRA, Andréia; COSTA, Maria; SILVA, Raulino; LOBATO, Luiz; SCHRAMM, Joice. **Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil**. Cad. Saúde Pública, v.33, n.2, p.1-14, 2017.

FARIA, Heloisa; SANTOS, Manoel; ARRELIAS, Clarissa; RODRIGUES, Flávia; GONELA, Jefferson; Carla; TEIXEIRA, Carla; ZANETTI, Maria. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, v.48, n.2, p.257-63, 2014.

FERREIRA, Leandro; SAVIOLLI, Israel; VALENTI, Vitor; ABREU, Luís. **Diabetes mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações**. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n. 3, p. 182-8, Set/Dez 2011.

FLOR, Luisa; CAMPOS, Monica. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.1, p.16-29, Jan-Mar, 2017.

GOMIDES, Danielle; BOAS, Lilian; COELHO, Anna; PACE, Ana. **Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores**. Acta Paul Enferm, v. 26, n.3, p.289-93, 2013.

GUIMARAES, D.E.D. **Celular muscular esquelética resistente a insulina apresenta resposta altera-**

da a IL-6 no metabolismo de carboidrato, mas não no lipídio. 2012. Tese (Doutorado em Fisiologia Humana)- Instituto de ciência Biomédicas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponíveis: <<http://www.Teses.usp.br/teses.usp.br/teses/disponiveis/42/423137/ide-24072012-165034>> . Acesso em : 20-/07/18.

GUYTON; HALL. **Tratado de fisiologia médica.** 13 ed, 2017.

KLAFKE, Andre; DUNCAN, Bruce; ROSA, Roger; MOURA, Leonildo; MALTA, Deborah; SCHMIDT, Maria. **Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.23, n3, p.455-462, jul/set, 2014.

MARINHO, Niciane; VASCONCELOS, Hérica; ALENCAR, Ana; ALMEIDA, Paulo; DAMASCENO, Marta. **Risco para diabetes tipo 2 e fatores associados.** Acta Paul enferm, v.26,n.6,p.569-74,2013.

MARQUES,Marília; COUTINHO,Janaína; MARTINS, Mariana; LOPES, Marcos; MAIA,Juliana; SILVA, Maria. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. **RevEscEnferm USP**, v. 53, p. 1-8, 2019.

MEDEIROS, Carlos; BESSA,Galdino; COURA, Alexsandro; FRANCA,Inácia; SOUSA, Francisco. Prevalência dos atores risco para diabetes mellitus servidores públicos. **Revista eletrônica de enfermagem**, v.14,n.3,p.559-69,2012.

MENDEZ, Roberto; SANTOS, Mariana; WYSOCKI, Anneliese; RIBEIRO, Beatriz; STAUFFER, Luciana; DUARTE, Sebastião. Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos: influência de fatores de risco. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.71, n4, p.2101-7, 2018.

RUBIN,Onilda;AZZOLIN,Karina; MULLER,Suzana. **Adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre.** Medicina Ribeirão preto v. 44 n. 4, p. 367-76,2011.

SANTOS, Patrícia; PINHO, Cláudia. Diabetes mellitus em pacientes coronariopatas: prevalência e fatores de risco cardiovascular associado. **Rev Brás Clin Med. São Paulo**,v.10, n.6, p.469-75, nov-dez,2012.

SCAIN, Suzana; FRANZEN, Elenara; SANTOS, Luciana; HELDT, Elizabeth. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.2, p.14-20, 2013.

SMELTZER SC, BARE BG. **Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. vol. I e II.

SOUSA, Natanael; LIMA,Joab; TEIXEIRA, Tanya; LINHARES, Carlito; MONTES, João; MARQUES, João. **Fatores de risco e complicações em diabéticos/hipertensos cadastrados no Hiperdia.** Sanare, Sobral, v.18,n.01, p 31-39, Jan/Jun, 2019.

VILLAS BOAS, L. C. G.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; TORRES H. C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. **Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 272-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.

CAPÍTULO 3

O PAPEL DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS ORIENTAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS ADOLESCENTES PRIMÍPARAS

***THE ROLE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY NURSE IN
BREASTFEEDING GUIDELINES FOR PRIMIPAROUS TEENS***

Ruaana da Pascoa Mendes¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A consulta de enfermagem aliada à visita domiciliar permite a prevenção de doenças, a promoção da saúde e ações de cura e reabilitação da saúde do indivíduo, se utilizando de metodologias que propiciem ações educativas e assistenciais baseadas no contexto social e em um cuidado integral que busca a continuidade e qualidade da assistência. Diante do exposto, emergiu a questão norteadora: qual o papel do enfermeiro da ESF nas orientações sobre aleitamento materno para as adolescentes primíparas? Tratou-se de revisão de literatura a partir de artigos, livros já publicados dos últimos 10 anos. Concluiu-se que o enfermeiro é o profissional que monitoriza a evolução da criança, apoia e orienta a família interagindo com a mesma, compreendendo e lidando com os efeitos dos determinantes culturais, sociais e ambientais, intervindo de forma apropriada para manter saudável esse pequenino ser.

Palavras chave: Aleitamento. Gravidez. Enfermeiro. ESF.

Abstract

The nursing consultation combined with the home visit allows the prevention of diseases, health promotion and actions of healing and rehabilitation of the individual's health, using methodologies that provide educational and assistance actions based on the social context and on a comprehensive care that seeks continuity and quality of care. Given the above, the guiding question emerged: what is the role of the FHS nurse in guidelines on breastfeeding for primiparous adolescents? It was a literature review based on articles, books already published in the last 10 years. It was concluded that the nurse is the professional who monitors the child's evolution, supports and guides the family, interacting with it, understanding and dealing with the effects of cultural, social and environmental determinants, intervening in an appropriate way to keep this little being healthy.

Key-words: Breastfeeding. Pregnancy. Nurse. ESF.



1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho a ser apresentado será o papel do enfermeiro da ESF nas orientações do aleitamento materno para as adolescentes primíparas. A gravidez na adolescência é um evento que implica diretamente na dinâmica da sociedade nos campos político, social, cultural e econômico, trazendo consigo fragmentos da questão social.

O aleitamento materno é importante nos 6 primeiros meses de vida do bebê, pois é rico em nutrientes. Porém, muitos são os relatos das adolescentes primíparas de que, não recebem as orientações sobre o aleitamento materno. O enfermeiro na ESF tem o desafio de realizar o cuidado de enfermagem, não abrindo mão das relações pessoais, da prática do diálogo, da humanização, e do caráter preventivo e curativo da enfermagem, principalmente em orientar estas mães jovens, evitando assim o desmame precoce.

Desse modo, justifica-se o tema por compreender a importância do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida do bebê, pois possuem grande relevância para a prevenção de possíveis doenças no bebê, bem como contribui para o fortalecimento da imunização destes pequeninos. O objetivo geral do estudo foi discorrer o papel do enfermeiro da ESF nas orientações do aleitamento materno para as adolescentes primíparas.

Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: aleitamento. Gravidez. Enfermeiro. ESF. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa e na língua inglesa e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto.

2. O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS ORIENTAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS ADOLESCENTES PRIMÍPARAS

A gravidez na adolescência constitui um problema de saúde pública, pois transforma a dinâmica dos anseios dos jovens, podendo retardar os objetivos traçados na dinâmica do contexto da sociedade, influenciando diretamente sua vida sem distinção de classe, cor ou condição social (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Sendo um evento que não é novo, mas sim de sucessivas ocorrências nos tempos antigos, afetando não apenas o corpo, como também o psicológico, situação financeira e relação familiar. Historicamente, é natural na mulher, por haver traços que a valoriza para a reprodução da vida humana com influência do patriarcalismo, que as obrigavam a viver em função dos cuidados da casa e a educação dos seus filhos (CARVALHO, 2012).

A gravidez afeta diretamente as trajetórias dessas vidas ao impulsionar as meninas à maternidade antes de estarem preparadas física, emocional ou financeiramente, por

vezes perpetuando os ciclos intergeracionais de pobreza. Esse acontecimento chama a atenção para a difícil realidade da juventude nacional e, em especial de adolescentes, articulando aspectos associados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva, às condições materiais de vida e às diversas relações de desigualdade que formam a vida social em nosso país. Uma das dificuldades vivenciadas pelas adolescentes primíparas é o aleitamento materno.

A prevalência do Aleitamento Materno tem oscilado ao longo dos anos, sendo influenciado por vários fatores como a moda, revolução industrial e a publicidade de leites artificiais. Após a industrialização, principalmente após a Guerra Mundial, o aleitamento materno sofreu um decréscimo, atingindo em 1970 o nível mais baixo, relacionado com fatores de ordem socioeconômica, cultural e comportamental (CABRAL *et al.*, 2013).

2.1 A estratégia saúde da família no Brasil

O atual padrão assistencial de saúde do Brasil teve seu início nos anos 90, com a elaboração da Estratégia Saúde da Família e a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), quando o país buscava construir um modelo sustentado na definição expansiva da saúde e em uma atenção integrada. Visava à construção de uma rede de atendimento onde houvesse uma cooperação entre as unidades, que pudesse facilitar o acesso dos usuários aos serviços ofertados, de modo a atendê-los da melhor forma possível dentro do sistema (CORDOBA, 2013).

O ideal de padrão de atendimento seria um que tivesse condições para desenvolver de maneira organizada, os atendimentos de saúde, onde o cidadão não passasse longo tempo em filas, onde seus exames não fossem marcados para trinta ou sessenta dias depois. Os diversos padrões de assistências estão diretamente ligados ao cenário socioeconômico, possuem conexões que demonstram a maneira de ofertar a saúde (CORDOBA, 2013).

Os padrões assistenciais não precisam ser vistos com um exemplo a ser seguido, precisam sim, serem entendidos em seus valores e trajetória, suas lógicas e seus saberes que irão estabelecer a sua organização. De acordo com Paim e Filho (1998), aqueles padrões que levam em conta a integralidade e a resolutividade da assistência, precisam também levar em conta a análise e a identificação das questões de saúde que envolvam a população, proporcionando uma atenção especial ao usuário.

A rápida implantação da Estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde (SUS) mostra a pressa do poder público em procurar um padrão que estivesse alinhado com as perspectivas da sociedade, ainda que de acordo com Cohn e Elias (2016) as estratégias sejam vistas como um programa barato e com objetivo específico.

Ao longo dos tempos, antes da implantação do SUS, o Brasil conheceu vários modelos de atenção em saúde pública, havia um modelo que ficou marcado porque atuava praticando a assistência curativa e foi chamado de “médico assistencial privatista” pelo simples fato dessas assistências pessoais e especializadas; em um hospital ou em consultórios, onde o médico se utilizava de equipamentos caros para desenvolver suas ações.

O ponto negativo desse modelo é que pelo fato de ser caro, não garantia o livre acesso a todos os cidadãos (COHN; ELIAS, 2016).

Assim, como havia uma cooperação com a Previdência e com o setor privado, somente aqueles operários que estivessem inseridos no mercado de trabalho formal, tinham acesso a esse serviço. O Ministério da Saúde quando realizava algumas ações, eram restritas (COHN; ELIAS, 2016). O preço elevado dos serviços e a incapacidade do modelo, fez com que a sociedade brasileira, ainda na década de 1970 iniciasse uma longa discussão dentro e fora do país sobre um modelo de assistência ideal, que atendesse aos anseios da população. Já na década de 1990 outros ideais se voltaram à política de saúde.

Na busca pela regulamentação dos objetivos, nesse período houve a efetivação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080 e 8.142 que são fies representantes dos dispositivos que regulamentam o SUS. Essas leis tratam de como deve ser a organização e o desenvolvimento dos serviços de saúde, além da atuação da sociedade na administração do Sistema. Além de normatizar o funcionamento do SUS elas também determinam as diretrizes e princípios do mesmo Sistema (BRASIL, 1990).

O novo padrão de serviços de saúde requer um trabalho regionalizado e articulado entre as diversas unidades de serviços, levando em conta também uma hierarquização, onde todos precisam estar conectados e tendo como meta os mesmos objetivos, a Atenção Primária à Saúde (APS). Essa foi uma ideia concretizada durante a fase de elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a APS era vista como o principal acesso a esse sistema de saúde e conseqüentemente o contato inicial da população com as atividades de saúde (COHN; ELIAS, 2016).

As APS devem estar localizadas o mais próximo possível da população a ser assistida e desenvolver um trabalho de saúde preventivo e educativo continuada e sempre articulada com as demais unidades de saúde do Sistema, também levando em conta as ações curativas e recuperativas. A ideia de APS está dando resultados satisfatórios que podem contribuir bastante com as políticas de saúde do país, pois a mesma já apresentou uma evolução através da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em Alma Ata na Rússia em 1978. Durante essa Conferência a APS foi vista como uma boa estratégia para trazer melhorias para a situação de saúde em que a população se encontrava (COHN; ELIAS, 2016).

Foi com base nessas considerações e almejando concretizar o padrão de atendimento a saúde por meio da APS, que o Ministério da Saúde em 1994 implantou a ESF, que nesse período foi chamada de Programa Saúde da Família (PSF). No texto de implantação, o Ministério da Saúde já trabalhava a descentralização, uma vez que essa implantação acontecia através de convênios entre o Ministério os Estados e Municípios, visando à reorganização do Sistema Único de Saúde, além de assegurar a municipalização (COHN; ELIAS, 2016).

Esse programa reuniu os princípios essenciais do sistema que são: a universalização, a descentralização, a participação e a integralidade, cobrando dos municípios a existência de seu Conselho e do Fundo Municipal de Saúde. As equipes devem ter sua área de abrangência e fazer o acompanhamento desses usuários e quando necessário, encaminhá-los a uma unidade para que possa ter a atenção de um médico (COHN; ELIAS, 2016).

Em sua composição básica, a equipe de saúde da família possui: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Caso o município ache conveniente, podem ser inseridos na equipe outros profissionais como odontólogos e assistentes sociais (COHN; ELIAS, 2016).

Cada uma das equipes trabalha em uma área delimitada que contenha entre seiscentas a mil famílias, que deverão ser cadastradas e inscritas à equipe, favorecendo dessa maneira a aproximação entre os moradores e os profissionais da saúde, que passam a ter a responsabilidade com os cuidados sanitários dessa população e do território. É por essa razão que a definição de território é importante nesse projeto, pois é dessa maneira que será iniciado o diagnóstico e o perfil dessa população para que possam ser elaboradas estratégias e ações que possam reduzir as necessidades de saúde dessas pessoas (COHN; ELIAS, 2016).

De acordo com Cohn e Elias (2016), o Programa Saúde da Família possui um olhar aumentado do projeto de saúde-enfermidade, que vão além do olhar biologista e curativo que sempre esteve presente na assistência à saúde, começando a ter um olhar mais voltado para a comunidade, a família, o território. Esse programa elimina de vez o modelo antigo ao não esperar que o usuário venha até uma Unidade de Saúde, se antecipando a essa situação, a partir do momento em que consegue identificar as demandas de saúde dentro do próprio território, dessa forma, além do ordenamento da demanda, o alvo da atenção deixa de ser a doença e começa a atender num conceito amplo.

Assim, a atuação da equipe saúde da família se caracteriza por uma constante vigilância em saúde, acompanhamento este, dentro da área geográfica da população e esse acompanhamento facilita o trabalho por meio das articulações entre as unidades, possibilitando um planejamento alicerçado na realidade desse território, das famílias e do cidadão. É nesse sentido que a atuação da equipe deve ter como norte sempre o cadastro das famílias e o seu mapeamento, para que tenha condições de conhecer as principais características desse território (COHN; ELIAS, 2016).

Em relação às similaridades da equipe na ESF, é importante mencionar as observações de Nunes (2015, p. 130). De acordo com a autora, o número de componentes mínimos na equipe precisa ser ampliado com a inserção de outros profissionais que possam reunir os determinantes culturais e sociais existentes nas enfermidades das pessoas. Afirma que esse número de profissionais por mais preparados que sejam não é o adequado para atender a todas as necessidades dos usuários.

O Ministério da Saúde está completamente equivocado ao estabelecer o critério das equipes básicas a serem concretizadas no PSF, uma vez que objetiva tê-lo como a porta de entrada para a solução dos problemas de saúde da população. No entanto, não precisa ser uma equipe expandida, onde estejam inseridos outros saberes, outros profissionais (NUNES, 2015, p. 130).

E continua dizendo que a atuação em equipe é uma ótima ferramenta que irá auxiliar na atenção ofertada, fazendo-se necessário a inclusão de outros profissionais deixando a equipe mais diversificada além possibilitar trocas de conhecimentos e intervenções. A expansão da equipe com a inserção de novos profissionais só iria favorecer a solução de problemas e um serviço de assistência mais satisfatório (COHN; ELIAS, 2016).

Ainda assim, observa-se que a conformidade da equipe predomina e somente em poucas ocasiões são inseridos alguns odontologistas e outros poucos assistentes sociais. Já que a equipe mínima além de limitada é necessária levar em conta a sua possibilidade de trabalhar na integração da sua área e das famílias (NUNES, 2015, p. 131).

Ainda que tenha sido concretizado em 1994, algumas atividades semelhantes a essa já haviam sido trabalhadas em anos anteriores e isso pode ter influenciado a implantação da ESF que hoje responde pelo Serviço de Atendimento em Saúde. Algumas experiências nesse sentido foram realizadas em Estados como Ceará e Rio Grande do Sul que na década de 1980 implantou o Serviço de Medicina Familiar, por meio da residência em medicina geral e comunitária. Assim, essas equipes multidisciplinares desenvolviam trabalho de visitas domiciliares, consultas agendadas, serviço de autoajuda, além dos movimentos comunitários (COHN; ELIAS, 2016).

Os determinantes de sustentação dessa experiência foram à medicina geral, os conhecimentos dos cuidados primários, a APS e a participação popular. Além de está baseado num atendimento amplo de saúde, foi trabalhado o ambiente hospitalar, criando uma forma de atuação diferente onde ela esteja acontecendo (COHN; ELIAS, 2016).

O PSF que foi criado pelo governo, teve forte influência do PACS que, inicialmente foi implantado na região nordeste com a missão de desenvolver atividades educativas em saúde direcionada para o setor de maternidade. Aconteceu no Estado do Ceará a grande e bem-sucedida experiência em atendimento de larga escala entre os anos de 1987 e 1990 e motivado pelo resultado, houve a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) já em 1991. Época em que foram realizadas várias experiências com o projeto do PNACS nos estados do norte do país, período em que os ACS tiveram uma importante participação no combate e precaução da cólera.

Já no estado do Rio de Janeiro o município de Niterói implantou o Programa Médico da Família em 1992 e, este tinha todas as características de um modelo de saúde da família desenvolvido em Cuba, só nesse município o programa sofreu algumas alterações para que se enquadrassem as normas do SUS. Nesse modelo de trabalhar a saúde, a meta é a família e os atendimentos acontecem tanto nas unidades como dos domicílios (COHN; ELIAS, 2016).

Dos profissionais que compõem a equipe, podemos mencionar um médico generalista, enfermagem e um auxiliar de enfermagem que obrigatoriamente devem residir na comunidade onde trabalha, existem também outros profissionais que atuam na área de controle (supervisão), área médica, epidemiológica, saúde mental, enfermagem e serviço social. Os trabalhos realizados pelos supervisores contam ainda com a educação constante da equipe e atuam na referência e contra referência dos clientes. Ainda que não tenha na equipe o ACS, esse modelo é muito semelhante ao PSF e pelo sucesso que fez, foi determinante na criação do PSF para aprimorar os serviços de saúde (COHN; ELIAS, 2016).

Com a criação do PNACS, como também do PSF houve a legalidade tanto do papel como das ações desenvolvidas pelos ACS. Segundo Cohn e Elias et al. (2007), a atuação bem-sucedida do PACS assim como a necessidade de reunir outros profissionais na equipe fez do Programa algo passageiro para o PSF, o que é visto atualmente como uma grande estratégia para sustenta o bom desenvolvimento do APS.

De acordo com Cordoba (2013) embora esses testes tenham mostrados bons resultados, possuem também semelhança de projetos voltados principalmente para as áreas mais vulneráveis da sociedade. Todas as ações eram de caráter emergencial e voltadas para aqueles setores onde os problemas eram maiores em relação à ruralização assistência médica. O PACS era desenvolvido por pessoas leigas, que não tinham uma formação acadêmica na área da saúde, fazendo valer a denominação da autora ao chamar de atenção primária à saúde coletiva. É nesse sentido que dizem que o PSF no seu início teve uma semelhança do APS (COHN; ELIAS, 2016).

Ainda que tenha se expandido, somente em 1997 é que o PSF se consagrou como política de estratégia de saúde do Ministério, e começou a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa denominação procurou acabar com aquela ideia de que o programa era temporário e nesse sentido possuem objetivos e tempo estipulado, para realmente ser aquela estratégia que venha reorganizar o setor de saúde. Em função das suas peculiaridades, o Ministério da Saúde acredita no potencial do Programa Saúde da Família para sustentar a APS e fazer dele, o centro de reorganização da rede a saúde (COHN; ELIAS, 2016)

É fácil perceber que o PSF é visto como um programa, em função das suas particularidades, no entanto, ele não possui as características dos outros programas do Ministério da Saúde, uma vez que não se trata de uma intervenção nas ações de saúde. Diferentemente disso, é marcado por um pensamento que favoreça a cooperação, a promoção e a organização das ações em sua área de abrangência, visando atender e combater os problemas encontrados nessa área (BRASIL, 2015, p. 120).

Fazendo a defesa do PSF, o Ministério da Saúde se atentou para acabar com aquela ideia reducionista que é atribuída a esse programa, de ser direcionado para os pobres, de quase não dispor de tecnologias avançadas. De acordo com o citado Ministério (BRASIL, 2015), esse programa precisa ser visto como de alta complexidade tecnológica que envolve diversas áreas de conhecimentos e desenvolvendo ações que causam alterações de comportamentos e ideias. Sustentado pela interdisciplinaridade, para que haja uma integralidade, possibilitando que a família possa romper com o centralismo em relação à saúde infantil nos padrões arcaico de atendimento à saúde.

A partir do momento em que o foco seja a atuação em equipe, a família e a integralidade do atendimento, a Estratégia Saúde da Família começa também a exercer a possibilidade da intersetorialidade. Também se faz necessário uma articulação com os demais setores das diversas políticas sociais, para que a ESF possa desempenhar o seu papel. A garantia do livre acesso aos serviços de forma ordenada é o que pode manter o atendimento integral ao usuário, assim como outros serviços ofertados e que atenda às necessidades. O que vai sustentar a quantidade de atendimentos são justamente a articulação da ESF e os outros serviços de assistência realizados pelas equipes, levando em conta a esfera onde são tomadas as decisões e estabelecidas às normas do mesmo (BRASIL, 2015).

A meta inicial trata-se de uma melhora nos serviços de atendimentos, mantendo um bom diálogo e comunicação com os demais serviços ofertados, procurando sustentar as soluções das necessidades do usuário, relacionados à assistência. Depois busca-se criar dispositivos e instrumentos institucionais capazes de manter a integração, e a administração em si que precisa atuar em cooperação com a gestão dos demais serviços (COHN; ELIAS, 2016).

Assim, a ESF visa especialmente ofertar uma assistência completa, de maneira constante dentro da Unidade de Saúde e na residência dos usuários, a aproximação das ações junto à população não só aumenta o vínculo como também o deixa mais humanizado, o fácil acesso aos saberes sobre o processo saúde-doença, da articulação entre os diversos serviços, assim como o entendimento não apenas da saúde como do controle social enquanto direitos de todos os cidadãos, da maneira de atuar na reorganização do atendimento, completo de toda a rede, atuação em equipe, a constante educação para a saúde dos componentes da equipe, supervisionar e avaliar as ações, fazer diagnósticos da situação de saúde da comunidade, fazer o controle social, organizar a programação local (BRASIL, 2015).

Até o presente momento, o Ministério da Saúde prioriza as ações da Saúde da Família na logística da APS e para a concretização de um padrão de assistência completa. Em 2006 foi regulamentada através da portaria 399/GM, o Pacto pela Saúde visando vencer os obstáculos que desafiavam o SUS. Sustentado em um acordo firmado pelos gestores que compõe o Sistema, alicerçados nas normas constitucionais sobre a política de saúde do país e destacando as necessidades na saúde. Determinam objetivos a serem alcançados, ações e prioridades a serem trabalhadas nas três esferas de governo envolvendo todos os componentes que constitui o Pacto: em defesa do sistema, pela vida e por uma gestão democrática do SUS.

2.2 O papel do enfermeiro da estratégia saúde da família nas orientações às adolescentes primíparas sobre o aleitamento materno

Uma equipe de saúde da família é formada por: médico (01), enfermeiro (01), técnico e/ou auxiliar de enfermagem (01) e agente comunitário de saúde, este último o número de profissionais varia de acordo com a população da área assistida. A contratação dos profissionais, obedecendo aos aspectos legais, fica a cargo dos municípios (COC et al., 2018).

A equipe de saúde da família tem como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões com a comunidade (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Para implementar um programa de saúde dirigido à família torna necessário conhecer seu modo de vida, a comunidade em que vive, sua cultura, crenças e padrões de comportamento. Para que isso ocorra, é de grande importância conhecer o território onde a família está inserida, seu modo de vida, podendo isso ser facilitado por meio da visita domiciliar, que pode ser considerada como um dos instrumentos de compreensão do viver em família (COC et al., 2018).

A visita domiciliar apesar de muitas vezes ser realizada especificamente pela ESF, é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, e já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive mostrando bons resultados. No entanto é uma atividade própria da missão das Unidades de Básicas de Saúde e a realização desta, deve ser con-

siderado um expediente rotineiro em serviços assistenciais (COC et al., 2018).

A consulta de enfermagem aliada à visita domiciliar permite a prevenção de doenças, a promoção da saúde e ações de cura e reabilitação da saúde do indivíduo, se utilizando de metodologias que propiciem ações educativas e assistenciais baseadas no contexto social e em um cuidado integral que busca a continuidade e qualidade da assistência (COC et al., 2018).

A visita domiciliar proporciona uma visão mais ampla das reais condições de vida da família e possibilita uma interação em ambiente tanto familiar, quanto social, através do conhecimento de seu cotidiano, de sua cultura, seus costumes, suas crenças, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos. Dentre as várias funções desenvolvidas pela ESF a visita domiciliar tem fundamental importância na puericultura, principalmente na visita ao RN na primeira semana de vida (COC et al., 2018).

A visita puerperal constitui uma das atividades que compõem a atuação da equipe de enfermagem na ESF. Deve ser realizada no primeiro momento da assistência à criança, constituindo o trinômio "mãe-filho-família". Nessa ocasião, a mãe já é orientada a levar seu filho, com 15 dias de vida, à Unidade de Saúde da Família (USF), para que se inicie o acompanhamento (COHN; ELIAS, 2016). O

Ministério da Saúde recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após alta do bebê. No entanto, se o recém-nascido (RN) estiver classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. O enfermeiro, durante a visita domiciliar à mulher no período puerperal, deve prestar uma assistência integral e humanizada, enfocando informações sobre o puerpério que minimizem os anseios e medos da cliente e família, promovendo um ambiente saudável para adaptação física e emocional da mulher. Nesse sentido, ao realizar uma assistência domiciliar com estes princípios, podemos proporcionar o bem-estar materno-infantil, reduzindo possíveis intercorrências vivenciadas durante o período puerperal (COHN; ELIAS, 2016).

Dentro desta perspectiva, o enfermeiro, por meio de revisões periódicas, desempenha seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade, incluindo o atendimento na ESF.

2.3 O papel do enfermeiro da esf nas orientações sobre o aleitamento materno para as adolescentes primíparas

A assistência de enfermagem envolve diversos aspectos, prestar orientações as mães sobre os benefícios da amamentação, orientar quanto a forma correta de amamentar os bebês, sobre a duração das mamadas, sobre a importância do colostro, sobre a doação do leite materno, dentre outros aspectos importantes (GIUGLIANE, 2015).

Vale mencionar, que é essencial a sistematização da assistência de enfermagem para assegurar estratégias específicas e visíveis da equipe profissional, fazendo com que as

mães percebam os cuidados necessários para com seus bebês, bem como a adaptação dos mesmos após o parto, não somente com estes, mas consigo mesma, isto com a finalidade de proporcionar-lhe maior qualidade e adesão ao leite materno (FONSECA, 2014).

Assim, a assistência de enfermagem não se resume somente em prestar orientações acerca da amamentação, mas também dos cuidados que a mãe deve ter em relação com seu bebê, a enfermagem acima de tudo envolve o cuidado com ambos em diversos estágios do pós-parto (AMARAL, 2015).

Vale frisar, que a assistência de enfermagem geralmente não presta assistência sozinha, mas em conjunto com uma equipe multiprofissional onde todos estes corroboram para que o aleitamento materno seja sempre incentivado e colocado em prática e em prol dos benefícios proporcionados para mãe e filho. Assim, a enfermagem como em suas outras assistências, se faz primordial no aleitamento materno e conseqüentemente em todo processo de amamentação (COCA, 2018).

Os enfermeiros por serem profissionais que lidam com as gestantes desde o pré-natal, são os principais profissionais a incentivarem o aleitamento materno, conhecido como a forma mais natural de alimentar os bebês e criar imunidade para que a criança tenha um desenvolvimento saudável e boa saúde.

Dentre as inúmeras estratégias criadas pela enfermagem, Giugliane (2015) destaca que toda a equipe de enfermagem, principalmente nos hospitais e postos de saúde deve estar preparada para o desenvolvimento destas. Todas as estratégias adotadas pela enfermagem contribuem para a amamentação, aspectos importantes que ocorrem por meio de práticas e orientações necessárias desde o período que as gestantes realizam o pré-natal, bem como nas assistências às grávidas e até ao bebê, no decorrer do trabalho de parto, na internação da mesma, e em alguns casos no atendimento à domicílio quando se trata do programa de saúde da família (MILLANI, 2015).

Todas as estratégias adotadas pela enfermagem contribuem consideravelmente para que as gestantes estejam sempre atentas aos benefícios do aleitamento materno, não somente para o bebê, mas também para as mães. Afinal, o leite materno e a amamentação em si, são capazes de nutrir o bebê, melhorar seu desenvolvimento, estreita o vínculo entre mãe e filho, reduz os gastos financeiros com alimento, dentre inúmeros outros benefícios (HENRIQUE, 2015).

Além disso, sabe-se que quanto mais cedo incentivar as mulheres e orientá-las quanto à amamentação, serão também reduzidos os casos de desmame precoce. O desmame precoce pode ter inúmeras causas que podem corroborar para que as mães deixem de amamentar seus filhos antes do tempo previsto. Na maioria das vezes tal fato ocorre pelas mães não terem informações acerca dos benefícios do aleitamento materno, por medo de como ficarão os seios, por acharem que o leite materno não é suficiente, dentre outros aspectos (XAVIER, 2015).

Barbosa (2016) um outro motivo para o desmame precoce, que é pouco falado se dá às dificuldades à técnica da amamentação. Ele acredita que uma má técnica dificultaria a sucção e o esvaziamento da mama, podendo afetar a dinâmica da produção do leite. Como consequência, a mãe pode introduzir precocemente outros alimentos, levando as-

sim o desmame.

De acordo com Carvalho (2015) outra causa comum do desmame, é que muitas mães alegam que tem que voltar ao trabalho, e como não tem como amamentar seus filhos estas acabam interrompendo o quanto antes o tempo de amamentação das crianças, passando a dar-lhes outros alimentos, tais como mingau para substituir a amamentação.

É relevante destacar, que a depressão pós-parto também é uma das grandes causas de ocorrência do desmame precoce. O início precoce da amamentação é de suma importância e deve ser exclusiva e prolongada, não apenas pela oferta de colostro e seus benefícios nos primeiros dias pós-parto, mas também pela necessidade de adaptação da criança e da mãe ao processo (COCA, 2018).

No Brasil, um dos fatores responsáveis pelo declínio do aleitamento materno, juntamente com a urbanização e a inserção da mulher no mercado de trabalho, foi à entrada no país da indústria de leite em pó, além da propaganda destes produtos por meio de estratégias de marketing, que visavam atingir o público em geral (XAVIER, 2015).

Para Barbosa (2016) outro fator importante que acarreta dificuldade na amamentação natural é o uso de bicos artificiais, conseqüentemente diminui o tempo de aleitamento materno o do vínculo mãe e bebê, além de favorecer o aparecimento de inúmeras patologias (CARVALHO, 2015).

Vale mencionar que há associação entre bicos artificiais e o desmame precoce, pois, a utilização entre estes bicos pode antes do estabelecimento da lactação alterar pega do bebê, causando confusão de bicos, uma vez que as técnicas de sucção e bicos são diferentes (GAMBURGO e MUNHOZ, 2014).

Portanto o direito de amamentar está presente desde que à criança é inserida no seu meio social. Assim, como já tem sido demonstrado por critérios científicos que a criança amamentada, amamentará, podemos dizer que a criança que tiver seus direitos humanos respeitados, estará educada para o respeito e para a solidariedade. (CARVALHO, 2015).

Nesse sentido, as conseqüências do desmame precoce são inúmeras e impactam diretamente na saúde do bebê. Visto que o aleitamento materno proporciona diversos benéfico, e quando este é interrompido esses também são suspensos e podem surgir muitos problemas (COCA, 2018).

Sabe-se que o leite materno possui nutrientes necessários para o bebê, ao ser desmamado precocemente, o mesmo está sujeito a perder vitaminas, minerais, e conseqüentemente demais nutrientes necessários e que somente se fazem presentes no leite materno nos primeiros meses de amamentação. Aspectos que contribuem significativamente para que este possa se desenvolver adequadamente (BARBOSA, 2016).

Outro aspecto importante, é que este desmame também impacta no vínculo existente entre mãe e filho, pois o bebê poderá sentir uma sensação de rejeição por parte da mãe, visto que o ato de amamentar o bebê envolve além dos aspectos nutricionais, mas amor, carinho e atenção a um ser indefeso que é o bebê. Ao sair do útero materno este logo após o nascimento passa por um processo de adaptação ao mundo, e sendo assim,



o ato de amamentar corrobora neste aspecto (AMARAL, 2015)

Neste sentido, Giugliane (2015) refere que amamentar o bebê é acima de tudo um ato de amor e proteção que as mães proporcionam aos seus filhos. Para o bebê, é extremamente importante manter sempre um relacionamento estreito com a mãe, visto que este é significativo para o mesmo identificar onde está se desenvolvendo, se sentir no meio que durante os nove meses de seu desenvolvimento foi seu lar, o útero materno.

Dentre as consequências se faz presente a introdução precoce de alimentos complementares, aspecto associado ao aumento considerável da mortalidade infantil, visto que ao serem introduzidos complementos alimentares a criança ingere uma menor quantidade de anticorpos e imunoglobinas que contém no leite materno, além levar a criança a correr riscos de consumir alimentos contaminados (XAVIER, 2015).

Determinados casos amamentação realmente deve ser interrompida, como nos casos que as mães são portadoras do vírus HIV, bem como as que sofrem com problemas cardíacos, renais, pulmonares e problemas hepáticos de maior gravidade, problemas mentais (CARVALHO, 2015).

As mães devem estar cientes de que a calma e sua confiança no processo de amamentação contribuem significativamente para que o desmame não ocorra, bem como aplicação da técnica de amamentar correta, pois se a técnica estiver errada a criança sentirá dificuldade para sugar o leite materno, bem como poderá provocar lesões nos seios, dor e sofrimento para as mães, assim como irritação para o bebê que sente fome e não consegue sugar (BARBOSA, 2016).

Observa-se que inúmeras consequências podem decorrer do desmame precoce, e sendo assim, é de grande relevância que as mães sejam informadas acerca do quanto o ato de amamentar pode contribuir tanto para mãe como para os bebês (AMARAL, 2015).

Dessa forma, a amamentação é algo cultural e que recebe grandes influências dos familiares, da sociedade. Muitas mulheres tomam suas próprias decisões para suspender o processo de amamentação, em sua maioria influenciadas pelas condições de seu meio, e sem ao menos terem apoio do esposo e familiares (ALGARVES, 2015).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se no presente estudo que mesmo com as informações de profissionais de saúde no período pré-natal e puerperal, é possível compreender que há necessidade de melhorar as formas da comunicação e de acompanhamento das puérperas, como uma continuidade do cuidado pré-natal. Face ao exposto, é importante que os profissionais da saúde, e em especial o enfermeiro, pratiquem o cuidado integral, valorizando todos os períodos no acompanhamento da mulher, desde o pré-natal até o pós-parto tardio.

O objetivo de manter um pré-natal saudável e regularmente monitorado não beneficia apenas a mãe, mas também o feto / bebê, inclusive no período puerperal, e por isso

torna-se cada vez mais importante que enfermeiras e estudantes de enfermagem estejam cientes dessas informações, tornando o seu desempenho eficiente e eficaz na prevenção e cuidados desta patologia. A equipe de enfermagem que atua na ESF pode identificar e oferecer intervenções por meio do acompanhamento da gestante. No pré-natal é essencial que se estabeleça uma adequada relação de respeito e confiança com as gestantes, facilitando assim a prevenção e o diagnóstico precoce de doenças, prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome.

Contudo, os enfermeiros não devem apenas conhecer técnicas, mas devem também acolher a gestante sempre em busca da humanização, saber ouvir suas queixas, estimulando-a a se alimentar adequadamente, levando-a a realizar o tratamento de forma eficaz, possibilitando a prevenção de complicações e proporcionando a saúde da mãe e do bebê esperado. Importante se faz ter uma equipe multidisciplinar altamente qualificada, a fim de acompanhar e orientar da melhor maneira possível as gestantes e identificar os casos gestacionais que apresentam risco o mais precocemente, colaborando dessa forma com a redução dos altos índices de morbidade e mortalidade dessas patologias e promovendo plenitude em sua qualidade de vida neste momento tão especial para eles.

Dentre todas essas estratégias vemos como é importante o papel do enfermeiro nessa constante tarefa. Desde o acolhimento dessa gestante no pré-natal até o puerpério o enfermeiro destaca-se no acompanhamento, de modo que este é responsável pelas condutas de orientações a gestante no ambiente tanto hospitalar quanto domiciliar. Dessa forma este estudo pode alcançar os objetivos aqui propostos demonstrando as formas que uma equipe de enfermagem pode atuar a fim de enfatizar a importância dos serviços e assistência oferecidos através da atenção básica para a mulher na fase puerperal e assim identificar, combater e minimizar as patologias decorrentes de gestações de risco.

Referências

- AMARAL *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Rio Grande do Sul, p 8. 2015.
- ALGARVES *et al.* Aleitamento Materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Revista Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 10, p. 151-167, jan./jul. 2015.
- ALMEIDA, LG *et al.* Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. **Revista Saúde. Com**, [s.l.], v.1, n. 1, p. 9-17, 2015.
- ALVES, T.V.; BEZERRA, MM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.14, N. 49 p. 114-126, fevereiro/2020 - ISSN 1981-1179.
- ARAÚJO, J.L.O. **Relevância do aleitamento materno no desenvolvimento infantil.** **Acta Med Port.** 2015.
- BERNARDINO, C.L. **Intervenção da enfermagem no processo da amamentação.** UNIFOR. Fortaleza, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm>. Acesso em: 06 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CABRAL, P. P.; BARROS, C. S.; VASCONCELOS, M. G. L. de, JAVORSKI, M.; PONTES, C. M. Motivos do sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], 15(2), p. 454-62, 2013.

CAMINHA M.F.C. *et al.* Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n 2, abril. 2015

CAPUTO NETO, M. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Aleitamento Materno**. Secretaria de Estado da Saúde. Banco de Leite Humano de Londrina. IBFAN Brasil. Sociedade Paranaense de Pediatria. Paraná, 2013´

CARVALHO, Cíntia de Sousa et al.. Direitos sexuais de crianças e adolescentes: avanços e entraves. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 69 – 88, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-5665201200010000656652012000100006>. Acesso em: 05 jan. 2022.

CARVALHO, A.C.O. **Benefícios da amamentação**. Campinas . Anhanguera, 2015.

COCA et al. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. **Rev Paul Pediatr**, p 7, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 2018.

CORDOBA, ELISABETE. **SUS e ESF – Sistema único de saúde e estratégia saúde da família – São Paulo: Rideel, 2013.**

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

CRUZ, Mércia Santos; CARVALHO, FabríciaJóisse Vitorino; IRFFI, Guilherme. **Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/567>>. Acesso: em 06 nov. 2021.

CUNHA, EmanuellaMuriél; SANTOS, Silvana M. **Gravidez na adolescência: um fenômeno social**. Santa Catarina 2014. Disponível em: <www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/.../Emanuella-Muriélhttp://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/.../Emanuella-Muri%E9l-Cunha.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2021

DURÉ, G.L. **Alimentação infantil e seus aspectos nutricionais**. Universidade Jorge Amado. Salvador, 2015.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno:

fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, set./out., 2015.

FARIAS, Rosangela Almeida Rodrigues de. **Morbidades na gravidez associadas ao nascimento pré-termo em São Luís/MA**. São Luís, 2013. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1454/2/RosangelaAlmeidaFarias.pdf> >. Acesso em: 08 nov. 2021.

FERREIRA, J. L. L. L.; MEDEIROS, H. R. L.; SANTOS, M. L.; VIEIRA, T. G. Conhecimento das puérperas acerca da importância do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida. **Temas em Saúde**, v.6, n.4, p.129-147, João Pessoa, 2016.

FOIADELLI. F. BUHLER, K.E.B. O aleitamento Materno em recém - nascidos pre-termo um mês após a alta hospitalar. **Fono Atual**, 2015. v. 33.n. 8

FONSECA M. M. O. *et al.* Aleitamento Materno: conhecimento e prática. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v.46, n 4, agosto. 2014.

GAMBURGO, L.J.L. MUNHOZ, S.R.M.et.al. Alimentação do recém-nascido: **Aleitamento Natural, mama-**

deira e copinho. Pró-Atual, 2014.

GIUGLIANI, E.R.J. **Aleitamento Materno na Prática Clínica.** Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro, 2015.

GIULIANI, N. de R.; OLIVEIRA, J. de, SANTOS, B. Z.; BOSCO, V. L. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. **Pesq. Bras. Odontoped.** Clin. Integr., João Pessoa, 12(1), p. 53-58, 2012.

HENRIQUE, A.S. **Importância dos alimentos saudáveis para o desenvolvimento infantil.** Artigo. UFSC. Santa Catarina, 2015.

JIMENEZ, Luciene, ASSIS, Daniel Adolpho Daltin, NEVES, Ronaldo Gomes. **Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes:** desafios para as políticas de saúde Sexual. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1092-1104, out/dez, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39107-01092.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2021.

LIMA, Edenilse Batista. **Sexualidade e Currículo Escolar: um Diálogo a partir da**

Legislação. VI Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade". São Cristóvão- Sergipe, 2012. Disponível em: <http://educonse.com.br/2012/eixo_02/PDF/112.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2021.

LOPES, A. M. *et al.*, Amamentação em prematuros: Caracterização do binômio mãe e filho e auto eficácia materna. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1. p.32-43, jan./mar. 2015.

MAREJÓN, EdelsaRodríguez. **Incidência elevada de gravidez na adolescência equipe de saúde da família da família 15 do município de Campo Alegre- AL.** 2015. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6049.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2021.

MILANI, O.G.A. **Alimentos saudáveis para crianças de 0 a 2 anos: uma revisão bibliográfica.** Anhangera. Campinas, 2015.

MOURA, L. P. e; OLIVEIRA, J. M. de; NORONHA, D. D.; TORRES, J. D'P. R. V.; OLIVEIRA, K. C. F.; TELES, M. A. B. Percepção de mães cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família sobre aleitamento materno exclusivo. **Rev. Enferm.** UFPE On Line, Recife, 11(Supl. 3), p. 1403-9, 2017.

MORGANO, M. A.; SOUZA, L. A.; NETO, J. M.; RONDÓ, P. H. C. Composição mineral do leite materno de bancos de leite. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 819-24, out./dez., 2017.

PASSANHA, A.; BENÍCIO, M. H. D'A.; VENÂNCIO, S. I.; REIS, M. C. G. dos. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno Exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, 47(6), p. 1141-8, 2013.

OLIVEIRA MIC ; CAMACHO, LAB ; SOUZA I.E.O. **Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil:** uma política de saúde pública baseada em evidência. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2015.

OLIVEIRA, Robert. Maranhão e 2º estado com mais grávidas de até 17 anos. Jornal **O Imparcial**. 2017. Disponível em: <<https://oimparcial.com.br/noticias/2017/10/maranhao-e-2o-estado-com-maisgravidas-de-ate-17-anos/>>. Acesso em: 06 nov 2021.

ONU BR, Nações Unidas no Brasil. **Gravidez entre meninas de até 15 anos diminui menos no Brasil na última década.** 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/gravidez-entre-meninas-de-ate-15-anos-diminuihttps://nacoesunidas.org/gravidez-entre-meninas-de-ate-15-anos-diminui-menos-no-brasil-na-ultima-decada/menos-no-brasil-na-ultima-decada/>>. Acesso em: 06 nov 2021.

ROCHA, N. B. et al. **Estudo longitudinal sobre a prática de aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa, v.13, n.4, p.337-342, out./dez. 2013.

SANTANA, J. da M.; BRITO, S. M.; SANTOS, D. B. dos. **Amamentação:** conhecimento e prática de gestantes. O Mundo da Saúde, São Paulo; 37(3), p. 259- 267, 2013.

SANTOS, V. L. F. D.; SOLER, Z. A. S. G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 283-91, jul./set., 2015.

SILVA, A. P. D.; SOUZA, N. D. Prevalência do aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18,

p. 301-10, maio/jun., 2014.

TAMASIA, G. A.; SANCHES, P. F. D. **Importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da mortalidade infantil.** Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, p.15, 2016.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências.** Cad. Saúde Pública, 24 Sup 2:S235-S246. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-332.pdf>> acessado em 08 de nov de 2020.

VARGAS, G. S. ET AL. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-9, Salvador, 2016.

XAVIER, S.D. **Importância da amamentação para o crescimento do bebê.** Artigo. Faculdade Santa Terezinha. São Luís, 2015.

CAPÍTULO 4

PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PRÉ-NATAL

PARTICIPATION OF THE FATHER IN PRENATAL

Fernando Gabriel Silva Tavares¹

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A presença do pai é fundamental no processo gestacional, pois, além do apoio que oferece se prepara para a recepção do bebê vivenciando com a companheira/esposa as mudanças fisiológicas e psicológicas da gestação. A participação no cuidado pode ser a ocasião oportuna para a aproximação conjugal e/ou fortalecimento dos laços afetivos e familiares. Para tanto é necessário entender e considerar as dimensões culturais e sociais que compõem a visão de mundo da clientela e aprofundar a percepção do pai no cuidado pré-natal de sua companheira/esposa. O objetivo geral do estudo foi discutir a participação paterna durante o pré-natal. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: paternidade; gestação; pré-natal. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 10 foram excluídos, totalizando 50 para a amostra final deste estudo.

Palavras chave: Paternidade. Gestação. Pré-natal.

Abstract

The presence of the father is fundamental in the gestational process, because, in addition to the support it offers, it prepares for the reception of the baby, experiencing the physiological and psychological changes of pregnancy with the partner/wife. Participation in care can be an opportune occasion for conjugal approximation and/or strengthening of affective and family ties. Therefore, it is necessary to understand and consider the cultural and social dimensions that make up the clientele's worldview and deepen the father's perception of his partner/wife's prenatal care. The general objective of the study was to discuss paternal participation during prenatal care. This was a literature review, with a search for studies in the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) database, by crossing the descriptors: paternity; gestation; prenatal. For the inclusion of studies, we looked for those with publications from the last 10 years, in Portuguese, in full and that matched the proposed theme, and as an exclusion criterion, articles that were in another language and incomplete. Therefore, 60 studies were found, of which 10 were excluded, totaling 50 for the final sample of this study.

Key-words: Paternity. Prenatal. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se que o pré-natal são sessões de acompanhamento com médicos e enfermeiros durante o período da gravidez até o parto, onde, no ato da consulta, os profissionais que realizam o acompanhamento à gestante têm como objetivo de esclarecer todas as interrogativas da mulher sobre a gravidez e sobre o momento do parto, bem como solicitar exames para analisar se está tudo bem com a mãe e o bebê.

Dentro deste cenário, a inclusão paterna durante todas as consultas de pré-natal é de suma importância em toda a gestação da mulher, sendo um dos momentos em que a gestante fica mais emotiva. Desta maneira o homem/pai precisa conhecer a forma como deve agir e ajudar a mulher/mãe, sempre dando apoio moral e psicológicos. Acredita-se que hoje em dia é pouco visto homens durante as sessões de pré-natal, a maioria das mulheres que estão grávidas aparecem sem o parceiro nas unidades básicas de saúde.

A pesquisa visa explicar a relevância da participação do pai no processo do pré-natal, onde sua participação é fundamental na vida da gestante. É sabido que para muitas mulheres o período de gravidez é um processo que demanda muitos cuidados, sendo que, há a necessidade de acompanhamento, em especial, do pai. Observa-se que no pré-natal é o primeiro contato paterno com a criança, onde o pai poderá participar de todo processo de formação do bebê até ao nascimento do mesmo. Além disso, é de suma importância o apoio moral, físico e psicológico à gestante para que venha se sentir confortável e segura mediante a todas as consultas. O objetivo geral do estudo foi discorrer a participação paterna durante o pré-natal.

Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: paternidade; gestação; pré-natal. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 10 foram excluídos, totalizando 50 para a amostra final deste estudo.

2. A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PRÉ-NATAL

Em 2009 foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), na faixa etária de 20 a 59 anos. A PNAISH aposta na perspectiva da inclusão do tema da paternidade e cuidado, por meio do Pré-Natal do Parceiro, nos debates e nas ações voltadas para o planejamento reprodutivo como uma estratégia essencial para qualificar a atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde, comunidade (BRASIL, 2016).

Por muito tempo, diferentes departamentos de saúde e diferentes níveis de governo



negligenciaram dar atenção à saúde dos homens. Entretanto, contemporaneamente, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tem havido cada vez mais discussões sobre o processo de adoecimento da clientela masculina (MOREIRA et al., 2014).

Segundo Santos (2016, p. 23), “essa política veio para estreitar os “laços” com a população masculina, contribuindo para os homens ficarem conscientes dos seus direitos com relação a paternidade e para que os mesmos procurem mais a estratégia da família [...]”.

Por um lado, os diversos aspectos estabelecidos pela política revelam os desafios que os gestores e profissionais de saúde enfrentam em particular. Por outro lado, urge a sua concretização a nível nacional, pois representa as necessidades desta população e a sensibilização para os problemas de saúde da mesma, que constituem um grande problema de saúde pública (MOREIRA et al., 2014).

É preciso reconhecer que a formação da masculinidade afeta diretamente na vulnerabilidade das doenças graves e crônicas, especialmente a vulnerabilidade à morte precoce. Apesar dessa vulnerabilidade e alta morbidade no ciclo evolutivo da vida, morrem mais homens do que mulheres, e muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se não fosse devido à resistência dos mesmos aos serviços médicos, especialmente à atenção primária (DOMINGUEZ, 2008).

Nesse sentido, os indicadores de morbimortalidade contribuíram para a definição da Política Nacional de Saúde Integral do Homem, em 75% dos casos, esses indicadores afetaram cinco grandes grupos de adoecidos, entre eles: causa externa; doenças do aparelho circulatório; tumor; doenças do sistema digestivo e doenças do sistema respiratório. Vale lembrar que as causas externas, acidentes de trânsito, autolesão voluntária e agressão representam grande proporção das mortes masculinas, visto que as mortes por causas externas são a causa número um de morte na população de 25 a 59 anos (BRASIL, 2008).

2.1 Pré-natal masculino

Nos últimos tempos muito se falou da importância do envolvimento do pai/parceiro no período do pré-natal, não só como apoio emocional para a parceira, mas também para a criação de um vínculo afetivo com o bebê (BRASIL, 2016).

Portando, em setembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 1.478, criando assim a “Consulta Pré-Natal do Parceiro” e incluindo na Tabela de Procedimentos, Medicamento, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, podendo ser registrado sob o código 0301010234 – CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO, conceituado como uma avaliação geral do parceiro/pai com solicitação de alguns exames de rotina, testes rápidos, atualização da carteira de vacina e orientações gerais sobre a gestação, parto, pós-parto, amamentação e direitos do pai (COELHO et al., 2018).

De acordo com BENAZZI, LIMA E SOUSA (2011), o médico Helito diz que o pré-natal masculino pode dar existência a dois aspectos bem relevantes: o individual, e o de saúde

pública. Diante deste último, a participação do pai no pré-natal pode ajudar a diminuir a ocorrência de doenças infectocontagiosas congênitas e promover os cuidados que o homem deverá ter consigo, no decorrer da gestação, para evitar a transmissão de enfermidades, principalmente no primeiro trimestre. Diante do ponto de vista individual, que abrange o casal, o profissional deverá fazer com que o parceiro participe e colabore de maneira mais ativa da gravidez e conseqüentemente da vida do bebê.

Perante a falta de um fluxograma de atendimento aos homens no pré-natal, Gomes et al., (2016) desenvolveu um trabalho perspicaz que partiu da experiência dos autores e em seguida procurou a validação de especialistas. Os autores construíram duas matrizes, onde chamaram de “Imagem-objeto para linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade” e “Fluxo de envolvimento de homens no pré-natal”.

A inclusão do homem no pré-natal está consubstanciada na Caderneta da Gestante intitulada de “Conversando com a Gestante”. A capa da caderneta da gestante de 2014 já apresenta ilustrações da mãe, do pai e do bebê, além de espaços contendo o nome e dados de contato do parceiro, e referências e ilustrações sobre o pai, e uma página para a progenitora e o progenitor poder escrever sobre os sentimentos permeados com a chegada do bebê (PROMUNDO, 2019).

Segundo Vasconcelos (2019) “O Quadro 1 expõe uma proposta de um fluxo de atendimento e envolvimento do gênero masculino no pré-natal, ressaltando que são etapas não-lineares, complementares e que podem coexistir e se sobrepor:”

Capítulo 4

Realização de exames, testes rápidos e vacinação	<p>-Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a importância da realização de exames, testes rápidos e vacinação para a saúde deles e da criança.</p> <p>-Dentro do planejamento das ações de cuidado, assegurar a realização de exames, testes rápidos e vacinação.</p>
Envolvimento dos homens no parto e puerpério	<p>-Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo a participação deles, respeitando o direito de escolha do acompanhante pela mulher.</p>
Acolhimento	<p>-Discutir com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo, ou ainda com a mãe (na ausência do pai) como pode ser a participação do pai no pré-natal, parto e pós-parto.</p> <p>-Ouvir do pai e da mãe, ou de pares do mesmo sexo, suas expectativas em relação à paternidade, pré-natal, parto e pós-parto.</p> <p>-Elaborar uma linha de cuidado para o pré-natal, com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo. Em outras palavras, planejar com a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo as ações e o fluxo de cuidados que devem ser assegurados para que as necessidades dos pais e da criança sejam atendidas.</p> <p>-Discutir as expectativas do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta a geração ou não de outros filhos e, se for o caso, de métodos contraceptivos.</p> <p>-Realizar atendimento ao homem no pré-natal da companheira ou par do mesmo sexo, considerando a existência de especificidades que serão melhor trabalhadas sem o seu par favorecendo a importância desse homem neste processo.</p> <p>-Discutir com a mãe, no caso da inviabilidade da presença de seu parceiro ou parceira, estratégias de participação voltadas para o pré-natal, parto e pós-parto.</p>
Acompanhamento e avaliação das consultas pré-natais	<p>-Durante as consultas do pré-natal, manter diálogo com o pai e a mãe ou pares do mesmo sexo acerca dos avanços, possíveis intercorrências e estressores relacionados à gravidez.</p> <p>-Avaliar periodicamente como o envolvimento e a participação do pai e da mãe ou de pares do mesmo sexo no pré-natal pode assegurar a manutenção da saúde da criança e deles.</p>

Quadro 01: Fluxo de envolvimento dos homens no pré-natal

Fonte: GOMES et al., 2016.

Diante da resistência masculina pela procura da saúde e os altos identificadores de mortalidade por causas evitáveis, o Ministério da Saúde vem criando estratégias que viabilizem o acesso destes ao serviço. Em setembro de 2010, durante I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, foram propostas a inserção do Pré-Natal Masculino como complementação a Política Nacional de Saúde do Homem na Atenção Básica à Saúde (ZAMPIERI et al., 2012).

Além desses importantes efeitos, estas ações têm grande potencial para auxiliar em

um dos principais objetivos da política: ampliar o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e programas de saúde e qualificar as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

Exames e procedimentos que deverão ser solicitados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo); 2. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
Exames e procedimentos que deverão ser solicitados	<ol style="list-style-type: none"> 3. Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida; 4. Pesquisa de Anticorpos anti-HIV; 5. Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV); 6. Hemograma; 7. Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos; 8. Dosagem de Glicose; 8. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme); 9. Aferição de Pressão Arterial; <p>Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal).</p>

Quadro 02 – Exames e procedimentos solicitados ao parceiro
 Fonte: BRASIL, 2016.

Para todas essas ações, a PNAISH foca na importância da reflexão contínua sobre as formações sociais de gênero voltadas às masculinidades, procurando abolir papéis estereotipados que separam os homens da saúde, do cuidado, do afeto e da construção de relações mais equitativas e humanizadas (BRASIL, 2016).

Dessa forma, é preconizado pelo Ministério da Saúde que os profissionais da saúde do setor público incitem os homens a fazerem exames preventivos no mesmo período que sua parceira estiver realizando os exames no pré-natal. Neste momento, os profissionais tem como principal interesse a investigação de possíveis doenças que podem acometer a saúde do homem, da mãe e do filho (UOL, 2010).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande Do Sul (2016), os testes rápidos realizados pela população masculina no pré-natal podem colaborar para a redução da transmissão vertical das hepatites virais, da sífilis e do HIV. Assim sendo, uma estratégia que gera benefícios para a saúde do bebê, da mulher e do homem, principalmente para a população do sexo masculino que geralmente só procura ajuda médica quando a enfermidade já está em estágio de evolução.

De acordo com DAMASCENO et al., (2014), a sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum* sendo transmitida através da relação sexual sem uso de preservativo, por isso ela não escolhe idade, sexo ou classe social. A contaminação nem sempre causa sintomas o que a caracteriza como infecção e às vezes dura meses ou até anos. O primeiro sintoma vem de uma pequena ferida nos genitais (pênis, vagina ou ânus) chamada cancro. Não dói, não produz pus e desaparece por conta própria, mesmo que não possa ser curada. O segundo estágio dessa infecção é a perda de cabelo. As feridas no

corpo, especialmente nas mãos e nos pés, não coçam.

Se os pais não fizerem o pré-natal de maneira adequada, a doença pode ser transmitida ao bebê pela mãe infectada durante a gravidez. Esta doença é considerada grave para bebês porque representa um sério risco à saúde com consequências irreversíveis. Quando uma criança nasce, a pele, os ossos, o sistema nervoso e o sistema cardiovascular ficam danificados. Podendo levar até à morte durante a gravidez e o aborto. Portanto, os cuidados masculinos são muito importantes para que a mãe e o bebê não sejam infectados (ROSA et., 2020).

Enquanto que o vírus HIV causa uma enfermidade, que se caracteriza por um sistema imunológico enfraquecido. Com isso o corpo fica mais sujeito a doenças oportunistas, desde um simples resfriado até infecções mais graves, como tuberculose e câncer, o próprio tratamento dessas doenças é dificultado pelo vírus HIV no organismo (RACHID; SHECHTER, 2017).

Quando uma mulher grávida descobre que está infectada pelo HIV, além de experimentar essa situação dolorosa ela também deve lhe dá a possibilidade de transmissão do vírus HIV para o próprio filho. Por isso, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o uso da terapia antiretroviral com Zidovudina (AZT) a partir da 14ª semana de gravidez (via oral), durante o processo de parturição (via intravenosa), e ao recém-nascido (via oral) até a sexta semana de vida. Também é recomendando que o aleitamento materno seja evitado (MOURA; PRAÇA, 2006).

Atualmente, a medicina reconhece cinco tipos: hepatite A, B, C, D e E. Entre eles, a hepatite C é a mais perigosa, com uma média de 70% das mortes relacionadas à doença causada pela hepatite C. Não existe vacina para esse tipo, apenas prevenção. Por outro lado, existe uma vacina contra a hepatite B, disponibilizada na Rede Básica de Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O primeiro passo no tratamento de pacientes grávidas é determinar o grau de lesão hepática causada por essa infecção até o momento. Em mulheres com fibrose avançada ou cirrose hepática, ou se a alanina aminotransferase (ALT) continua a aumentar, o tratamento deve ser iniciado imediatamente. Para gestantes sem fibrose ou com fibrose leve, ALT normal ou levemente elevada, o tratamento do VHB pode ser adiado. No entanto, a carga viral (DNA VHB quantitativo) deve ser determinada para determinar se as mulheres grávidas precisam ser tratadas no terceiro trimestre para prevenir a transmissão de mãe para filho (PESSOA; MORAES, 2019).

À medida mais importante para prevenir a transmissão materno-fetal é injetar imunoglobulina contra hepatite B (HBIg) e vacina contra hepatite B em recém-nascidos de mães infectadas pelo VHB. A primeira dose da vacina contra hepatite B e HBIg deve ser administrada dentro de 12 horas após o nascimento (PIAZZA et al., 2010).

Durante a gravidez, a mulher tem que ficar atenta a várias doenças que podem causar a sua morte e do recém-nascido. Muitas dessas doenças são pré-ímmunes e evitáveis. A vacinação vem ganhando destaque nos instrumentos de saúde pública, e a sua eficácia tem sido reconhecida por diversos departamentos de saúde, tendo como objetivo garantir proteção específica a indivíduos imunizados, tornando-se responsável por salvar inúmeras

vidas e prevenir a propagação de uma série de doenças (PACHECO, 2011).

Para facilitar esse processo de vacinação o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973, com o objetivo do controle e promoção do sarampo, poliomielite, tétano, difteria, coqueluche, tuberculose e manter a varíola erradicada. Coordenando também as atividades de imunização desenvolvidas, rotineiramente, na rede de serviços de saúde etc. Além de proporcionar um apoio operacional, assistência técnica e financeiros aos órgãos produtores da vacina (FRANÇA et al., 2009).

Diante disso, o principal objetivo da vacinação nas mulheres grávidas e do pai é a proteção contra doenças, complicações durante a gravidez, proteção do feto e recém-nascidos com anticorpos que podem combater a infecção devido à baixa resistência do sistema imunológico. Clínicos Obstetras gerais e enfermeiras são qualificados para que revise o status de imunização e faça recomendações estratégicas de vacinação para mulheres grávidas não imunizadas ou vacinação retardada (LOUZEIRO e al., 2014).

2.2 Os direitos do pai em acompanhar a gestante

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil foi um dos primeiros países a oferecer a licença-paternidade no mundo, em 1943. No mundo todo, o número de países que concedem o direito à licença-paternidade aumentou de 41 para 79, entre 1994 e 2013 (BRASIL, 2018).

Nos últimos anos os pais tem recebido alguns benefícios para poder acompanhar a gestação como 5 dias de licença de acordo a Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT. Em algumas localidades como Niterói, Florianópolis, Pernambuco, Cuiabá, Porto Alegre, e João Pessoa, criaram leis locais que ampliam a licença paternidade para 10, 15 ou 30 dias para servidores públicos.

Com o objetivo de ampliar esse direito, no dia 08 de março de 2016 foi sancionada a Lei 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Dentro dessa lei, existem artigos específicos ligados ao exercício da paternidade ativa e consciente, como ampliação da licença paternidade para os funcionários das empresas cidadãos¹⁰ que agora tem direito a 20 dias (BRASIL, 2016).

A licença paternidade promove um grande envolvimento dos pais no cuidado dos filhos. Em um estudo realizado em 2015, o comprometimento dos pais no cuidado dos filhos afeta as crianças de muitas formas. Dentre elas foram observados ganhos como maior desenvolvimento cognitivo, melhor desempenho escolar e menores taxas de delinquência (BRASIL, 2017).

O pai tem direito de acompanhar a gestante/companheira e de ter o devido acolhimento pela equipe. A gravidez é um período de transformações físicas, psicológicas e sociais na vida da mulher e de todos que participam do processo do nascimento em especial, do companheiro e futuro pai da criança (PESAMOSCA; FONSECA; GOMES, 2008).



No pré-natal, as informações prestadas na consulta proporcionam condições ao companheiro de compreender as mudanças ocorridas na mulher durante esse período e o orienta sobre o seu direito de acompanhar a gestante durante a consulta de pré-natal e parto, assegurado pela lei nº 11.108/2005. Entretanto, no Brasil, uma grande parcela dos serviços do SUS não reconhece a participação do homem durante o pré-natal e não permite a presença de acompanhante homem durante o pré-natal e não permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto, ainda que se constitua em direito das mulheres garantido pela Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

Então o objetivo do pré-natal masculino é de preparar o homem para o exercício da paternidade ativa, incluindo-o nas atividades educativas do pré-natal. Portanto o programa é, também, uma estratégia para aproximar os homens da medicina preventiva, uma vez que essa população sofre mais com o agravamento de doenças e procura atendimento médico já nos estágios mais avançados. Tem como recomendação a inclusão do parceiro na segunda consulta do pré-natal, em grupos de temas sobre gênero, masculinidade, saúde reprodutiva e sexual, paternidade e cuidado, hábitos saudáveis, prevenção de violência e de acidentes e direitos legais dos pais (BRASIL, 2016).

De acordo com Ferreira et al., (2014), em relação à participação do parceiro nas consultas, uma grande parte não participa em decorrência da realização da consulta de pré-natal ser durante a jornada de trabalho. Como também os conflitos com a companheira, o não planejamento da gravidez e números elevados de filhos são alguns dos principais fatores que interfere o companheiro a não está participando das consultas de pré-natal. O desentendimento com a parceira faz com que o pai não à acompanhe durante o pré-natal, outro ponto que pode levar ele a não participar é ter outros filhos, no qual o próprio cuida deles em casa para que sua companheira tenha a possibilidade de consultar. O não planejamento da gravidez faz com que o pai não procure acompanhar a gestante e em alguns casos o parceiro não sabe da gestação. (NOGUEIRA, 2012).

Conforme Cavalcante (2007), quando o companheiro percebe que a ajuda profissional é mais voltada para a mãe, e ele não é o foco da consulta, e que a atenção dos profissionais está só na mãe, ele desistirá da próxima consulta com a companheira. Devido à falta de acolhimento profissional, que colocam mais energia na gestante, esquecendo-se da existência do pai, que também possui necessidades e desejos próprios.

Picinini recomenda ações estratégicas que visam promover os pais a estabelecerem mais contato com seus filhos antes do parto. Um deles é o contato com a pele da barriga da mãe, que ajuda o pai a vivenciar a reação do feto ao movimento. O contato com a barriga da mãe aumenta o vínculo entre o pai e o bebê e promove seu papel paterno (PICININI, 2004).

Outra estratégia é permitir que o parceiro mantenha um bom relacionamento com a parceira e mostre características de personalidade como autoconfiança, autonomia e adaptabilidade. Um bom relacionamento entre marido e mulher é muito importante, pois esta fase da gravidez é um período de muitas descobertas, e o apoio do companheiro é fundamental (NOGUEIRA, 2012).

2.3 Paternidade

Na década de 1980, as pessoas passaram a prestar atenção ao parceiro durante a gravidez e na criação dos filhos, como forma de compreender a importância da relação pai-filho na construção do senso de paternidade. No entanto, ainda são poucas as pesquisas sobre o tema, principalmente no Brasil, onde a cultura da masculinidade costuma manter os pais fora do acompanhamento da gestação, o que muitas vezes leva ao aumento do distanciamento entre marido e mulher e à dificuldade de estabelecer contato com os filhos. (BALICA; AGUIAR, 2019).

Todas essas mudanças ampliaram o surgimento de campanha e das políticas de inclusão do pai disseminadas pelo MS para cobrir todos os serviços de saúde do país. Com isso, difunde-se o conceito de pré-natal centrado nas necessidades da família. Dando uma oportunidade de vinculação do pai e da mãe, ainda no processo de gestação, com o foco de fortalecer os laços familiares. Para tanto, é necessário prestar uma assistência humanizada, acolher de forma digna a mulher e sua família, incluindo o homem no pré-natal, parto e pós-parto, e contribuir para a realização de um pai atencioso e positivo (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Aparecendo tradicionalmente como uma figura secundária, o pai na verdade só se torna percebido pelo bebê nos primeiros meses de vida, isso justifica o maior número pesquisa materna. No entanto, estudos recentes têm mostrado que os bebês podem distinguir as imagens da mãe e do pai desde muito cedo, e a presença ativa do pai como objeto de cuidado amplia a possibilidade de saúde mental da criança e fortalece o vínculo e o apoio proporcionado a mãe do bebê. Colocando-o no estado de um pai bom o suficiente, semelhante à mãe boa o suficiente de Winnicott (MORAES; GRANATO, 2016)

Segundo Faustino et al., (2007), muitos homens não sentem a paternidade durante o processo da gestação, havendo, ainda, alguns casos que mesmo após o nascimento do filho, esse sentimento permanece fragilizado e reflete no distanciamento desse processo. Da mesma forma, que a vivência da paternidade dar-se-á das mais diferentes maneiras, permeada por aspectos culturais, religiosos, familiares e econômicos, podendo trazer alegria, de forma a harmonizar as relações do casal, ou acentuar conflitos já existentes, diante da função que terão que desempenhar repleta de significados, direitos e deveres sociais.

Piccinini et al., (2004) diz que a gestação funciona para os pais como um período de preparação para os novos papéis que deverão assumir, frente ao bebê e a tudo que ele irá exigir. Corroborando com Zampieri et al., (2010), o pré-natal é o período em que se deve iniciar o incentivo do desenvolvimento das potencialidades da gestante e do futuro pai, para que possam assumir o papel de protagonistas no processo de gestação, junto com sua família, considerando-se o contexto ambiental.

A paternidade não deve ser vista apenas sob a ótica da reprodução legal, mas deve ser o direito do homem de participar de todo o processo, a partir do momento de decidir se quer ter um filho, quando e como e o acompanhamento desde o momento da gravidez, parto, pós-parto e educação infantil. O mesmo tem o direito de estar planejando junto com a sua companheira sobre a gravidez e de estar acompanhando no momento do parto. (BRASIL, 2002).



Segundo Freitas (2007), a experiência da paternidade depende também da relação vivida entre pai e filho no passado que influencia o modo como compreende e assume a sua masculinidade para sua realização como pai, ele busca referência em seu próprio pai, a educação recebida na infância e o modo como era tratado influencia muito o seu comportamento, e sua maneira de educar.

De acordo com Costa (2002), está surgindo um novo tipo de relação pais/filho e de maternidade, pois, em termos de cuidado e educação, os bebês e as crianças não são mais vistos como responsabilidades exclusivamente femininas. Portanto, para que o homem se sinta pai antes do nascimento do(a) filho(a), é necessário a proximidade física com a gestante, o envolvimento afetivo e aceitação da gravidez, além da necessidade de a mesma ter sido construída como projeto no passado, mesmo que esse projeto fosse para um outro momento.

Segundo Buendgens et al., (2008), a aproximação do pai com o filho, se fundamenta em três fases, a primeira leva-se em conta que o homem em um primeiro momento é cercado de sentimentos de stress e ambivalência até a confirmação e início da concretização da gestação, pois se trata de um momento imaginário; o segundo momento é quando há a confirmação da gravidez e o começo da interiorização do sentimento de paternidade, com sintomas físicos característicos da gestação e um último momento, onde participam ativamente nos preparativos para a chegada do bebê, como arrumação do quarto e preparação do enxoval. Apesar disto, em seu estudo, salienta-se que isto pode ocorrer tanto em homens no período pré-parto como em certas mulheres, pois se trata de uma transição psicológica e período de transformações e mudanças de papéis na família e sociedade.

2.4 Benefícios efetivos da participação da consulta no pré-natal

Segundo GONÇALVES; DE SOUZA SILVA (2020), os benefícios da participação do pai no acompanhamento do pré-natal das gestantes são inúmeros, sobressaindo: maior compreensão do parceiro sobre o processo de nascimento, apoio emocional e social do pai à gestante, aprendizagem dos cuidados com o bebê e a mãe, fortalecimento e habilidades do pai para fazer escolhas e ajudar a mãe na gravidez, parto e pós-parto, maior vínculo entre o casal.

Esses benefícios obtidos no decorrer da gestação retratam-se positivamente no parto e puerpério causando uma maior segurança, autonomia e tranquilidade ao casal. Além disso, o vínculo entre pai e filho é bom para toda a família. Os pais que estão mais próximos dos filhos desde o nascimento podem não só reduzir o estresse, mas também promover seu desenvolvimento físico e mental. A conexão entre o pai e o bebê permite que o pai entenda os gostos e desgostos do filho e esteja mais familiarizado com ele e confie nele (LIMA; DA COSTA; BARBOSA, 2020).

No momento do parto o acompanhante/parceiro proporciona uma prestação de apoio, revelando sua importância, contribuição e facilitando para tornar o momento mais agradável e saudável à gestante, criando um bem-estar físico, conforto e incentivo, sendo isso o que ela mais precisa nesse momento, contribuindo assim para a queda de sentimentos de solidão, ansiedade e dos níveis de estresse ocasionados pela vulnerabilidade, proporcio-

nado boa evolução no período clínico do parto. Portanto, neste momento o pai da criança poderá estabelecer laços e vínculos maiores com o recém-nascido, porque acompanhará todo o processo de entrega e poderá até se envolver no cuidar do bebê de forma mais ativa (LOPES et al., 2021).

Desta forma, para estreitar mais ainda a ligação entre o pai o recém-nascido nessa fase esse autor sugere que seja: I. Revezado os cuidados na madrugada com a mãe (trocar a fralda, colocar o bebê para mamar e para arrotar, fazê-lo dormir novamente); II. Dedicados momentos diariamente para conversar ou cantar para o bebê. III. Dado banho no bebê pelo pai; IV. Feita massagem nele, para aliviar cólicas e relaxá-lo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações ocorridas na sociedade proporcionaram mudanças no lugar ocupado pelo homem permitindo que se tenha um entendimento mais moderno quanto a participação masculina em todo processo gestacional. Além disso, observou-se a influência do pai/parceiro no desenvolvimento do sentimento de segurança da mulher durante a gestação, devido as mesmas sofrerem muitas mudanças físicas e emocionais, e isso têm demonstrado grandes transformações da vida em família.

Com isso, as gestantes se sentem mais seguras, amparadas e protegidas por podem dividir com o pai/parceiro todos os conhecimentos, dúvidas e ansiedades acerca da gestação. Observou-se, contudo, que a prevalência da ausência dos pais ainda é muito acentuada, pois, os mesmos desconhecem seus direitos no que diz respeito ao amparo que a lei os garante para que possam participar das consultas, além da falta de flexibilidade nos horários de serviço e interesse em se fazer presente.

Dessa forma, enfatizou-se a importância da equipe de enfermagem para que o pai seja incluso nesse processo respeitando a individualidade de cada um, afinal são esses profissionais que possuem mais contato com os pacientes durante o pré-natal. Essa inclusão pode ser feita através de diálogos, explicando a eles da importância desse acompanhamento tanto para o bebê quanto para a mãe ou casal, como também ações de promoção em saúde e estratégias para que aumente a adesão dos pais ao ciclo gravídico-puerperal.

A partir disso, espera-se que novos estudos sejam apresentados sobre este tema, ressaltando a equipe de enfermagem como facilitador entre a mulher, o homem e o bebê, pois ainda são escassos os artigos que destacam a relevância da presença paterna durante a assistência pré-natal.

Referências

- ALMEIDA, Márcia Valéria de Souza. **A participação do pai no cuidado pré-natal de enfermagem: um olhar a luz da teoria de Madeleine Leininger**. 2016.
- ALVES, Camila Neumaier et al. Práticas de cuidado realizadas por enfermeiras durante o pré-natal de baixo risco: bases para o cuidado cultural. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e999975275-e999975275, 2020.
- ALVES, Tuane Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.
- ARAÚJO, Suelayne Martins et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.
- BALICA, L.O.; AGUIAR, R, S. **Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal**. Rev. Aten. Saúde. São Caetano do Sul, v.17, n.61, p. 114-126, jul/set, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Acer/Downloads/5934-Texto%20do%20Artigo19922-1-10-20191209.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2022.
- BATISTA, M.; ALMEIDA COSTA, C.; VIRGÍNIO, N.; DE SOUTO, C. G. CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADES GRUPAIS PARA MULHERES GRÁVIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 27-36, 15 dez. 2016.
- BONIM, S. S. S.; et al. A importância da participação do pai no acompanhamento do pré-natal. **Revista Saberes**. vol. 13, n. 1, jun. 2020.
- BRASIL. Estatuto da Primeira Infância. Lei n. 13.257, de 08 de março de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2016/lei/l13257.htm>. Acesso em: 30 jan 2022.
- BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Presidência da República. Brasília (DF): 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11108.htm>. Acesso em 28 fev 2022.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Caderneta da gestante**. Brasília. 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf>. Acesso em: 04 fev 2022.
- BRASIL. Ministério da SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 02 fev 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 01 fev 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Rio de Janeiro; Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf>. Acesso em 01 fev 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **III Relatório da pesquisa Ouvidoria Saúde do Homem e Paternidade e Cuidado**, 2018. 29 p.
- BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.459/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUSa Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: Acesso em: 28 de dezembro de 2017.
- CABRITA BAC, SILVEIRA ES, SOUZA AC et al. **A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jul./set. 4(3):2645-54.

CABRITA, B.A.C. et al. A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UNIRIO. v.4, n 3, 2012.

CALDEIRA, Letícia Ábdon et al. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

CARVALHO IS et al. **O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo**: percepção de enfermeiros. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 17(2): 70-77, abr-jun, 2015.

COELHO, Elza Berger Salema; SCHWARZ, Eduardo; BOLSONI, Carolina Carvalho; CONCEIÇÃO, Thays Berger. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Florianópolis: **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2018.

COUTO, Aline Camila Frederico et al. **A importância da participação do pai no cuidado pré-natal: contribuições da enfermagem para promover famílias e seres saudáveis no cotidiano**. 2013.

CRESPO, Sandrina et al. Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. **Escola Superior de Saúde de Santarém Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém, 2 (6), 1**, v. 20, 2014.

DAMASCENO, Alessandra BA et al. Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, 2014.

DE SOUZA SILVA, Crislaine et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

FERREIRA IS, FERNANDES AFC et al. **Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal**. Rev Rene. 2016 maio-jun; 17(3):318-23.

FERREIRA.T.N et. al, Importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres-MT. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, vol:5, nº 02, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.unb.br>>. Acesso em 20 fev 2022.

GOMES, Romeu et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1545-1552, 2016.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo; DE SOUZA SILVA, Thaís. A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PAI NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 44-55, 2020.

GRADVOHL, S. M. O.; et al. Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando em família**. v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GUELHO, D.; Gomes, L.; Paiva, I.; Carrilho, F. Prolactina e metabolismo – uma perspectiva diferente de uma hormona multifuncional, Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Volume 11, 2016, p. 268-276. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343916000195>>. Acesso em: 02 fev 2022.

HENZ GS, MEDEIROS CRG. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v. 6, n. 1, p. 52-66, 2017.

HERMANN, Angelita. et al. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro. **Ministério da Saúde**. 55 p. 2016.

HOLANDA, S. M.; et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto contexto enferm**. v. 27, n. 2, 2018.

LIMA, Jarles Ribeiro; DA COSTA, Liana Dantas; BARBOSA, Silva. O envolvimento paterno no acompanhamento ao pré-natal: desafios e implicações. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e73491110559-e73491110559, 2020.

LOPES, Gabriel da Silva et al. Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 22-38, 2021.

LOUZEIRO, Edenilce Mendes et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da

literatura no período de 2003 a 2012. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 193-203, 2014.

MORAES, C.J.A; GRANATO, T.M.M. Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 21, nº 4, p. 557-567. Maringá, 2016.

MOREIRA, Renata Livia Silva Fonsêca; FONTES, Wilma Dias de; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615-621, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000400615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 fev 2022.

NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; FERREIRA, Manuela. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 8, p. 57-66, 2012.

OLIVEIRA, P. F. **Alterações cardiovasculares decorrentes da gestação com ênfase na atuação fisioterapêutica durante gestação e pós-parto**. Vitória, 2013. 67 p. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

PESSOA, Mário Guimarães; MORAES, Adriano. Hepatites virais na gravidez. **Femina**, v. 47, n. 1, p. 37-41, 2019.

POMPERMAIER, Charlene; FREITAS, Gabriéli Teixeira. A participação paterna no pré-natal. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24268-e24268, 2020.

PROMUNDO. A situação da Paternidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://promundo.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/relatorio_paternidade_promundo_06-3-1.pdf>. Acesso em 04 fev 2022.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/aids**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; JÚNIOR, Aloir Paschoal. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

RIBEIRO JP, GOMES GC, SILVA BT, CARDOSO LS, SILVA PA, STREFLING ISS. **Participação do pai na gestação, parto e puerpério**: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*. Londrina. v. 16. n. 3. p. 73-82. jul/set. 2015.

ROSA, Renata Fernandes do Nascimento et al. O manejo da sífilis gestacional no pré-natal. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-7], 2020.

SANTOS, E.M. et al. Pré-natal Masculino: significados para homens que irão (re) experienciar a paternidade. **Revista Funec Científica- Multidisciplinar**. v.5, n.7, 2016. Disponível em: <http://seer.funecsantafe.edu.br/index.php?journal=rfc&page=article&op=view&path%5B%5D=2338> Acesso: 28 fev 2022.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA [periódico na Internet]**, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SANTOS, M. T. Pré-natal: quais são os exames que toda grávida deve fazer. *Veja Saúde*, 2019. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/pre-natal-quaishttps://saude.abril.com.br/medicina/pre-natal-quais-sao-os-exames-que-toda-gravida-deve-fazer/sao-os-exames-que-toda-gravida-deve-fazer/>>. Acesso em 15 fev 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE. Pré-natal. Goiás, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>>. Acesso em: 15 fev 2022.

SILVA WC, WANDERLEY RR et al. **Pré-natal do parceiro**: desafios para o enfermeiro. *Revista Extensão - 2020 - v.4, n.2*.

SILVA, L. S.; et al. **Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos**. *Rev. Faculdade Montes Belos*, v.8, nº 2, 2014. Disponível em: <[8\(fmb.edu.br\)](8(fmb.edu.br))>. Acesso em: 09 fev 2022.

SILVA, Wilamara Cardoso et al. DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO. **Revista Extensão**, v. 4, n. 2, p. 127-137, 2020.

CAPÍTULO 5

A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

***THE NURSE'S RESPONSIBILITY BEFORE THE IDENTIFICATION
AND NOTIFICATION OF CASES OF INTRAFAMILY VIOLENCE
AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS***

Vanessa Dutra Magalhães¹

Walquíria Dutra Guedes²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduação em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

Preliminarmente o estudo se propõe a não internalização de questões polêmicas, ou polarização dos assuntos abordados, fixa – se em abordar limites entre o poder familiar protetor e por vezes punitivo e os maus tratos de fato e de direito postos com as respectivas punições, bem como análises das ocorrências em hospitais a partir das identificações e notificações, sem qualquer viés ideológico ou político partidário. Desta forma o trabalho se destina a demonstrar a responsabilidade do enfermeiro na identificação e notificação de casos de maus tratos em crianças e adolescentes, bem como corroborando com os limites entre o exercício do poder familiar evitando os abusos ou desvios deste exercício, se justificando pela maneira incorreta como alguns pais tratam seus filhos de modo exacerbado e evidenciado pelo exercício incorreto deste poder – dever, ocasionando assim, a entrada desses menores em unidades hospitalares com graves edemas/traumas que, muitas vezes ocasionam óbitos. objetivo geral do estudo foi discorrer o papel do enfermeiro nos casos de de identificação e notificação de violência intrafamiliar praticados contra a criança e o adolescente. Os objetivos específicos foram dispostos em: conceituar o significado de criança e adolescente; discorrer sobre a violência intrafamiliar contra a criança e adolescente; descrever sobre o papel do enfermeiro na identificação e notificação dos casos de violência intrafamiliar praticados contra a criança e adolescente. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: enfermeiro; violência; notificação; criança; adolescente. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 16 foram excluídos, totalizando 44 para a amostra final deste estudo.

Palavras chave: Enfermeiro. Violência. Notificação. Criança. Adolescente.

Abstract

Preliminarily, the study proposes not to internalize controversial issues, or polarization of the issues addressed, it sets out to address limits between protective and sometimes punitive family power and the de facto and de jure mistreatment with the respective punishments, as well as analysis of occurrences in hospitals based on identifications and notifications, without any ideological or partisan political bias. In this way, the work is intended to demonstrate the nurse's responsibility in the identification and notification of cases of abuse in children and adolescents, as well as corroborating the limits between the exercise of family power, avoiding abuses or deviations from this exercise, justified by the way incorrect as some parents treat their children in an exacerbated way and evidenced by the incorrect exercise of this power - duty, thus causing the entry of these minors in hospital units with serious edema / trauma that often cause deaths. The general objective of the study was to discuss the role of nurses in cases of identification and notification of intrafamily violence against children and adolescents. The specific objectives were arranged in: conceptualizing the meaning of child and adolescent; discuss intra-family violence against children and adolescents; to describe the role of nurses in the identification and notification of cases of intrafamily violence against children and adolescents. This was a literature review, with a search for studies in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, by crossing the descriptors: nurse; violence; notification; kid; adolescent. For the inclusion of studies, we looked for those with publications from the last 10 years, in Portuguese, in full and that matched the proposed theme, and as an exclusion criterion,

articles that were in another language and incomplete. Therefore, 60 studies were found, of which 16 were excluded, totaling 44 for the final sample of this study.

Key-words: Nurse. Violence. Notification. Kid. Adolescent.

1. INTRODUÇÃO

O exercício de poder sobre os filhos era absoluto do pai, com deliberações e ordens unilaterais, excluía as opiniões da mãe. Atualmente, a sociedade onde a legislação prevê a igualdade entre os membros da família e, a autoridade dos pais, e não somente do pai, é reconhecida através de diálogo e explicações. São direitos e deveres que se ajustam para a satisfação de interesses de toda a família, buscando a convivência familiar sincera e pacífica.

Não se trata de decidir qual a posição hierárquica que cada uma possui, mas de estabelecer limites aos filhos sem maus tratos ou punições severas ao ponto de infringir dor física ou psicológica aos filhos, bem como manter a disciplina educacional, o respeito aos demais componentes familiares e as regras da casa, e se for caso responsabilizar os pais, pelas suas obrigações ou ilícitos cometidos, enquanto detentores deste poder. É uma relação de atribuições onde a finalidade é o bem-estar dos filhos.

Preliminarmente o estudo se propõe a não internalização de questões polêmicas, ou polarização dos assuntos abordados, fixa – se em abordar limites entre o poder familiar protetor e por vezes punitivo e os maus tratos de fato e de direito postos com as respectivas punições, bem como análises das ocorrências em hospitais a partir das identificações e notificações, sem qualquer viés ideológico ou político partidário.

Desta forma o trabalho se destina a demonstrar a responsabilidade do enfermeiro na identificação e notificação de casos de maus tratos em crianças e adolescentes, bem como corroborando com os limites entre o exercício do poder familiar evitando os abusos ou desvios deste exercício, se justificando pela maneira incorreta como alguns pais tratam seus filhos de modo exacerbado e evidenciado pelo exercício incorreto deste poder – dever, ocasionando assim, a entrada desses menores em unidades hospitalares com graves edemas/traumas que, muitas vezes ocasionam óbitos.

O objetivo geral do estudo foi discorrer o papel do enfermeiro nos casos de identificação e notificação de violência intrafamiliar praticados contra a criança e o adolescente. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: enfermeiro; violência; notificação; criança; adolescente. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 16 foram excluídos, totalizando 44 para a amostra final deste estudo.



2. A RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO DIANTE DA IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

A violência contra crianças e adolescentes é um problema social de grande impacto que atinge toda a sociedade, ultrapassando o limiar das famílias envolvidas, mas principalmente afetam as crianças e adolescentes. Ela apresenta diferentes formas de se manifestar, e podem ser: interpessoal, comunitária ou estrutural.

Essa problemática não é uma exclusividade de determinada classe, ela ocorre no mundo todo, há muito tempo, isso acontece justamente pelo fato dessas pessoas serem indefesas e dependentes, na maior parte do tempo, de outrem, por isso essa é uma violência praticada, em sua grande maioria, por pessoas próximas da vítima.

A violência é um fenômeno carregado de complexidades que precisa ser compreendido por todos em prol de construir intervenções efetivas.

[...] Violência é o uso intencional da força física ou do 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 (KRUG et al, 2012, p.5.).

Machado e Gonçalves (2012) afirmam que as crianças e adolescentes vítimas de violência tendem a ter uma adaptação social extremamente negativa, apresentando quadros de ansiedade, depressão e baixa autoestima, além de terem relacionamentos conflituosos e desajustes psicológicos na idade adulta. As estatísticas atuais acerca dessa temática mostram o desrespeito às crianças e adolescentes e as falhas no sistema de proteção e garantia de seus direitos, e por ter um endereço incerto é necessário que estejamos sempre atentos para identificar e interromper essa prática de tamanha crueldade:

Descreve-se então que os maus-tratos contra crianças e adolescentes devem ser obrigatoriamente notificados e estão classificados em categorias: Negligência e abandono, violência física, psicológica e sexual. A negligência é um tipo de violência muito frequente no Brasil, não é simples identificar um caso de negligência. Um fator que dificulta o diagnóstico da negligência é a falta de intenção alegada por seus causadores (PIRES *et al.*, 2015 p.22).

Essa forma de violência acaba sendo muito comum também no estado maranhense, devido à situação de miséria e pobreza enfrentada pelas famílias, visto que hoje em dia, têm como pilar a mulher, que por sua vez precisa trabalhar fora para garantir a própria sobrevivência, bem como para a sobrevivência de seus filhos.

Destaca-se então para esclarecimento, que a negligência se manifesta através de:

Omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, quando deixam de prover a necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. A negligência significa a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde; o descuido com a

higiene; a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. (BRASIL, 2016, p.12).

Com base nisso, percebe-se o quanto é comum e perceptível os casos de negligência contra nossas crianças, desde a falta de maternidades para o nascimento digno e saudável, bem como, na ausência de atendimentos em hospitais, ou a negação de matrícula na escola, são também formas de negligências institucionais. Mesmo tendo como agravante a questão econômica, a negligência deve ser combatida em todos os âmbitos, pois como toda e qualquer violência causa danos inimagináveis às crianças e aos adolescentes.

A violência física é a forma mais frequente de violência contra crianças e adolescentes, podendo inclusive chegar ao seu apogeu que é a morte da vítima, e apesar de ser a mais frequente está longe de ser a mais branda. Caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2004, p.36).

Esse tipo de violência consiste no uso da força física contra crianças e adolescente, muitas vezes, utilizada pelos próprios pais ou responsáveis como forma de disciplina e/ou punição, mas diferente de atingir esses objetivos segundo Silva o que observamos é [...] se apresentam desde simples marcas no corpo até a presença de lesões toracoabdominais, auditivas e oculares; [...] queimaduras e ferimentos diversos que podem causar invalidez temporária ou permanente, quando não a morte (SILVA, 2012, p.87).

É bem comum que os agressores sejam os que também os sofreram violência em sua infância. Mas esse tipo de violência não encontra pressuposto em sua prática e pode ser combatida através das denúncias realizadas através do Disque 100, e dos olhos atentos a fatos como casos de crianças e adolescentes atendidos em postos de saúde apresentando lesões de repetição, quando as causas dos ferimentos não são justificadas de forma correta, na presença de crianças e adolescentes com lesões nas escolas, etc.

Aponta-se também a violência psicológica contra crianças e adolescentes que também é comumente praticadas pelos pais e responsáveis, porém é de difícil identificação, por ser de natureza subjetiva, suas marcas ficam entranhadas em suas vítimas. É uma violência sem evidências que age nas entrelinhas da dor, não sendo por isso menos perversa.

Assim, descreve-se que [...] por produzir sequelas não visíveis e de difícil identificação para os leigos, os maus-tratos psicológicos permanecem ocultos (DESLANDES, 2017, p.16). Essa forma de violência não visível, pode ser conceituada como toda e qualquer ação ou omissão capaz de atingir de forma negativa a autoestima, à dignidade e ao desenvolvimento psicossocial de um indivíduo. Como exemplos dessa violência podemos citar: humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularizarão, exploração, ameaças, críticas destrutivas, omissão de carinho e atenção, etc.

Encontramos a violência psicológica presente em todos os outros tipos de violência contra crianças e adolescentes e por isso, cada vez mais, temos que fazer jus o Art. 15 do

Estatuto da criança e do adolescente: “A criança e ao adolescente têm direito a liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis” (Brasil, 1990, p.04). Deve-se garantir as crianças e os adolescentes o direito a um desenvolvimento saudável, tratando-os como sujeitos e respeitando suas condições.

Assim como a violência física e psicológica, existe mais um tipo que também traz grandes preocupações quanto a situação das crianças e adolescentes, trata-se da violência sexual que deve ser analisada de uma forma ampla para que possa abranger todas as suas dimensões. Essa violência é em sua maior parte praticada dentro do seio familiar, e os autores dessa violência são espantosamente as pessoas acima de qualquer suspeita, entre os principais abusadores sexuais das crianças e adolescentes encontram-se os próprios pais.

O abuso sexual ganhou espaço nas pesquisas e estudos há aproximadamente três décadas, tendo como fato propulsor o contexto cultural de proteção aos direitos da mulher e da criança. Há trinta anos atrás, o ingresso de uma criança em um hospital, em decorrência de maus-tratos, era considerado um caso raro e dramático, sendo vista a criança como vítima inconfundível de uma ação criminal (KEMPE e KEMPE, 1996). Na atualidade, conhecimentos científicos disponíveis alertam para os graves prejuízos ocasionados pela violência sexual.

Estudos apontam para “a influência do trauma na configuração do aparato neuroendócrino, da arquitetura cerebral, da estruturação permanente da personalidade e dos padrões de relacionamento posteriores”, além de “as experiências ficarem marcadas na herança genética e nos padrões de vínculo, sendo, portanto, repassadas de uma forma ou outra para a descendência” (AZAMBUJA, 2014, p. 125).

Existem duas principais ramificações da violência sexual: o abuso sexual e a exploração sexual, sendo estas: o abuso sexual e a violência. Assim se explana que o abuso Sexual engloba toda participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que não estão de acordo com a sua idade ou sua fase de desenvolvimento psicosssexual, podendo haver ou não contato físico (SILVA, 2012).

Há todo um envolvimento cultural e familiar nesse contexto [...]é preciso que médicos, psicólogos[...] assistentes sociais, professores e a sociedade em geral trabalhem para facilitar a descoberta e revelação dessa prática, para que soluções de fato possam ser viabilizadas (ABRÁPIA, 1997, p.5). Assim, destaca-se que o Serviço Social, bem como, o trabalho em equipe com outras categorias possa ajudar no enfrentamento e atendimento dessa problemática de abuso e violência sexual contra a criança e o adolescente.

Dentro do abuso sexual temos suas divisões entre: abusos sem contato físico e abusos com contato físico. De acordo do Marón e outros (2018), os principais abusos sexuais praticados sem o contato físico são: o assédio sexual: propostas de relações sexuais que se baseiam, na maioria das vezes, na posição de poder do agente agressor, sobre a vítima; o exibicionismo: ato de mostrar os órgãos genitais ou se masturbar diante da criança ou do adolescente; pornografia: forma de abuso que pode também ser enquadrado como exploração sexual, quando a exposição da criança visar a obtenção de lucro; voyeurismo: prazer pela observação de atos sexuais ou órgãos sexuais de outras pessoas.

Também de acordo com Marón et al. (2018), são três as formas de abuso sexual praticadas com o contato físico envolvem as seguintes práticas: incesto (relações sexuais e / ou amorosa entre pessoas do mesmo sangue que são proibidas por lei); pedofilia (atração erótica por criança que pode ser elaborada na fantasia ou se materializar em atos sexuais com meninas ou meninos); relações sexuais com penetração, ou tentativas, carícias libidinosas, masturbação, sexo oral e anal, estupro, atentado violento ao pudor.

Ainda segundo Marón et al. (2018), outra forma de violência sexual é a exploração, a qual é um crime de natureza econômica, ou seja, tem caráter comercial, e consiste em todo tipo de prática em que uma ou mais pessoas usam o corpo de uma criança ou adolescente para tirar vantagem ou proveito de caráter sexual com base em uma relação de exploração comercial e poder.

Sendo assim, exploração sexual: Implica o envolvimento de crianças e adolescentes em práticas sexuais por meio do comércio de seus corpos. É uma transgressão legal. De acordo com Gauderer e Morgado (2012) a vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo.

Como exemplo dessa exploração, temos a prostituição infantil que consiste em [...] uma forma de exploração sexual comercial, ainda que seja uma opção voluntária da pessoa que está nesta situação. (LEAL, 2019, p. 11) Neste tipo de violência, geralmente a dependência econômica, somado ao medo de ser descredibilizado e a vergonha, são pontos primordiais de impedimento que evitam que as vítimas denunciem sua situação, bem como na grande parte das vezes as crianças são sequestradas e forçadas a se prostituírem para receber alimentos ou para se manterem vivas (SILVA, 2012).

No que se remete também às questões financeiras e econômicas das famílias, além dos tipos de violência abordados anteriormente por Pires (2015), é importante abordarmos também, outra expressão de violência socialmente agravada, que se refere à Exploração do Trabalho Infantil. É notório que no Brasil há um grande índice de trabalho infantil que merece total atenção do Estado, da Família e da Sociedade, e isso não é nenhum fato novo, desde a escravidão dos índios e negros que esse problema-crime existe.

A complexidade das precárias condições de vida da população infanto-juvenil, no tempo presente, remete às suas graves dimensões expressas nas situações de pobreza, indigência, nas ocorrências de riscos sociais, na vitimização, na violência expressa como questão que agride as referências da sociedade e apresenta-se fora do controle social. (MALTA; VERAS, 2015).

São diversos tipos de riscos sociais e pessoais que as crianças, em situação de trabalho infantil, ficam expostas. As crianças vítimas da exploração do trabalho infantil deixam de ser crianças, e passam a ser “pequenos adultos”, elas deixam de ir a escola, de brincar, enfim de viver sua infância (SILVA, 2012, p.87).

O âmbito familiar nos remete a um lugar de proteção, aconchego e abrigo, mas na prática não é bem esse cenário que observamos quando leva em consideração as estatísticas sobre violência infrafamiliar, sofrida por crianças e adolescentes. A primórdio, a Exploração do Trabalho Infantil não tem o respaldo merecido devido ao conceito de família

e ao que ele representa para a sociedade. Quando trata-se de pai e mãe sempre liga-se ao que há de melhor para seus filhos, mas nesse contexto também encontra-se os mais inacreditáveis exemplos de privação de direitos que um ser humano pode ter.

2.1 Atuação do enfermeiro na identificação e notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

A família tem um papel fundamental no processo de desenvolvimento humano. Nesse processo podem ser desencadeadas experiências de realizações ou fracassos, levando as pessoas envolvidas a uma maior integração ou, ao contrário, em direção a uma desintegração, onde se inclui a violência. Conhecer a dinâmica familiar é descobrir os motivos que levam a tal desintegração, buscando a melhor forma de intervir em forma de tratamento.

De acordo com Szymanski (2012), a família se forma a partir da decisão de uma pessoa conviver com outra, assumindo o compromisso de uma ligação duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os mesmos e deles para com as crianças que aparecerem neste contexto.

Segundo Vecina e Ferrari (2012), pode-se definir família como a constituição de vários indivíduos que compartilham circunstâncias históricas, culturais, sociais, econômicas e afetivas, tendo como duas de suas funções mais conhecidas, à socialização e à reprodução ideológica.

A primeira refere-se a ela como núcleo de procriação, cuja principal função seria a formação da personalidade dos indivíduos e a socialização primária da criança. A segunda diz respeito à família como espaço de transmissão de hábitos, costumes, ideias, valores, padrões de comportamento. A família nuclear moderna é composta pelo pai, pela mãe e pelos filhos, mas nem sempre foi assim. Na Idade Média a família de origem ficava responsável pela transmissão da vida, dos bens e dos nomes, não tinha função afetiva (SZYMANSKI, 2012).

Ainda segundo Szymanski (2012), por volta do século XVIII, a família começou a manter a sociedade à distância, e a valorizar a necessidade de uma identidade, passando a se unir também pelo sentimento. A instituição família passou a se responsabilizar pela transmissão de valores, conhecimentos e pela socialização da criança.

Na literatura atual, são extensas as bibliografias a respeito da importância da família para o bom desenvolvimento da criança. Nesse contexto, a mesma se faz indispensável para a garantia da proteção integral aos filhos, uma vez que é responsável pelo bem estar físico, psicológico e moral de seus descendentes.

2.1.1 Família abusiva

A família é o lugar mais qualificado para o desenvolvimento de importantes dimensões na realidade social e vida psíquica dos indivíduos que a compõem. Contudo, o fato de a mesma ser um espaço específico de convivência não significa que não haja conflitos nesta esfera. Cuidado, orientação, proteção e expectativas de papéis a serem cumpridos pelos adultos são trocados por atitudes de posse e invasão ao corpo e a personalidade da criança (BRASIL, 2013).

Brasil (2013) ainda menciona que, é sabido que os vitimizadores, em geral, são os próprios pais. Há muito, os cientistas sociais vêm mostrando que crianças adquirem um comportamento antissocial e delinquente devido a problemas familiares, causados pela ausência física ou afetiva dos pais, pela violência doméstica, pelo abandono, entre outros. Entretanto, criar um único perfil dos que vitimam se torna difícil, pois os mesmos são pessoas que mantêm convívio social normal como quaisquer outras.

Para muitas famílias, o papel dos pais é ajudar os filhos a se desenvolverem de acordo com interesses e desejos adquiridos com a experiência de sua própria educação. Por isso, estão adotando estilos de paternidade semelhantes a de seus pais, onde imperam a intolerância e o autoritarismo, fazendo predominar um relacionamento de opressão e silenciamento dos mais fracos, em geral, as crianças.

Em outra época, a autoridade era interpretada como “direito de recorrer a castigos corporais” (KALAUSTIAN, 2014, p. 21). E o uso desses castigos era incorporado à vida familiar como sendo uma forma de educar as crianças e impor a vontade do mais velho sobre o mais novo.

Kalaustian (2014) acreditava que tal castigo já vinha sendo utilizado na educação de muitos pais que, ao educarem seus próprios filhos recorriam a seu acervo (memória) de procedimentos adquiridos no próprio processo de aprendizagem. Se os pais não conseguiram lidar com determinada fase de seu próprio desenvolvimento, dificilmente vão ter condições de apoiar seus filhos em sua aquisição. Conseqüentemente, a aprendizagem emocional também não será completa, pois se os pais não aprenderam a enfrentar certa situação de vida, não poderão ensinar a seus filhos a fazê-lo.

Na maioria das vezes, os filhos por conta das falhas na educação dos pais, se tornam vulneráveis e por isso, vítimas frequentes de atos abusivos. Monteiro Filho (2019), nos dá outras justificativas para o desencadeamento da violência dentro da dinâmica familiar: O alcoolismo e o uso de outras drogas, a miséria, o desemprego, a baixa autoestima, além de problemas psicológicos e psiquiátricos.

A violência é vivida por todos os membros da família, porém os fatos, em geral, são muitas vezes camuflados como não-violentos, justificados como atitudes pedagógicas ou mesmo de responsabilidade da própria criança que é culpabilizada. Segundo Scodelario (2012 p.99-106) as famílias com dinâmica de violência apresentam fatores que influenciam a tal dinâmica, como: *A falta de comunicação* – a família apresenta uma enorme dificuldade na comunicação entre seus membros, fazendo uso de mentiras, segredos, mensagens de duplo sentido e discurso confuso”. *O complô do silêncio* – dentro da dinâmica de violência familiar esse fator é um dos que mais favorecem a continuidade e a

reprodução da violência, podendo, este, ser mantido pelo cônjuge não-agressor ou pela criança vitimizada. *Uso de mecanismos de defesa (negação)* – o cônjuge não-agressor, o agressor ou a criança vitimizada negam a violência por medo da culpa da desestruturação familiar. *Autoestima rebaixada* – ao perceberem a impotência diante da situação, a vítima ou o cônjuge não-agressor tendem a ter a autoestima rebaixada. *Dificuldade com limites* – é caracterizada pelo abuso de poder do agressor, omissão diante da situação por parte do cônjuge não-agressor, ou pela indiscriminação dos papéis entre os membros da família. *Isolamento social acentuado* – caracterizado pela resistência em socializar e inserir culturalmente os filhos em sociedade. Tais fatores levam a desorganização das relações familiares, levando a um potencial destrutivo enorme da mesma.

2.1.2 Criança vitimizada

Crianças, por se encontrarem em fase especial de desenvolvimento, precisam de um maior cuidado. Entretanto, em muitas famílias, o que se vê são crianças sendo agredidas e ameaçadas por pais que, na maioria das vezes, estão embriagados e descontam em seus filhos suas frustrações, causando uma frustração ainda maior nos mesmos, levando a uma total desestruturação da dinâmica familiar.

Acontecimentos dessa natureza deixam marcas tanto físicas como emocionais, promovendo crianças indefesas e carentes, que usam da agressividade para esconder toda sua fragilidade, toda sua frustração em relação à falta de carinho dos pais, podendo futuramente abrir caminho para o surgimento de sérios sintomas.

Segundo Winnicott (1987, apud VECINA; FERRARI, 2012. p 62), “a criança ao desencadear tais sintomas estaria buscando, mediante comportamentos ditos delinquentiais (como roubo, agressões verbais ou mesmo físicas), um retorno ao período que antecedeu a agressão”. Embora a sociedade julgue as causas da delinquência juvenil como sendo um problema social, Winnicott (2012) acredita que tal delinquência extrapola as condições sociais de miséria, pobreza, vínculos familiares conturbados ou delinquência paternal. Nesse sentido, a criança tende a se tornar antissocial (sendo este fato entendido como um sintoma) como forma de pedir ajuda. “O roubo ou a agressão manifestada por essa criança ganham legitimidade por reclamar um ambiente provedor e protetor, fundamentais para que seu desenvolvimento transcorra de maneira saudável” (WINNICOTT, 2012, p.62).

Segundo Ferrari (1994), a presença constante da agressão física, pode vir a desencadear transtornos emocionais profundos e duradouros nas crianças, em particular depressão crônica, baixa autoestima, embotamento afetivo e isolamento social. Diante dessa perspectiva, uma intervenção em forma de tratamento se faz necessário, uma vez que a forma como a criança é tratada dentro de casa é a mesma que ela assimila e utiliza em seus contatos com o mundo, acrescentando em seu trato com as pessoas todo o seu rancor e sua mágoa, onde, sem um acompanhamento adequado, ela tende a repassar a seus futuros descendentes a mesma educação (em forma de agressão) que recebeu de seus pais.

2.1.3 Violência física

Segundo dados do UNICEF (2015), todo mês 18 mil crianças brasileiras, com idade de 7 a 14 anos, são vítimas de violência física na privacidade de suas casas. De acordo com dados da ABRAPIA (2017) dentre os locais mais acometidos pelos maus-tratos no corpo da criança está a pele. Nas lesões cutâneas estão inclusas desde vermelhidão, equimoses ou hematomas até queimaduras de 3º grau. É comum encontrar marcas do instrumento utilizado para espancar a crianças: elas podem apresentar forma de vara, de fios, de cinto ou até mesmo da mão do agressor.

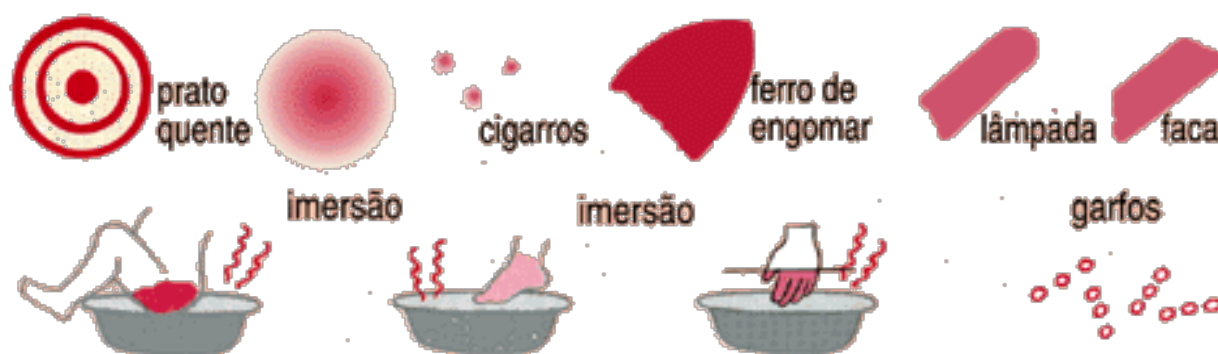


Figura 1 - Marcas de Queimaduras
Fonte: ABRAPIA (2017)

Apesar de ainda não ser inteiramente respeitada na sua individualidade, nas palavras de Monteiro Filho (2019), a criança começou a ser protegida há pouco mais de 100 anos. No início do século XX, através dos estudos de Freud, a criança passou a ser entendida em seu desenvolvimento psicológico. Porém, o castigo físico como método pedagógico, secularmente pregado até por religiosos como Santo Agostinho, ainda perdura nos dias atuais.

Segundo Badinter (2019, p.143), Santo Agostinho justificava todas as ameaças, as varas, as palmatórias usadas na época baseado em um ditado de sua própria autoria: "Assim como retificamos a árvore nova com uma estaca que opõem sua força contrária a da planta, a correção e a bondade humana são apenas o resultado de uma oposição de forças, isto é, de uma violência", reforçando assim a manutenção de uma forte rigidez na educação dos filhos de seus seguidores.

Em pesquisa elaborada pela equipe do CNRV (Centro de Referência Às Vítimas da Violência), em 2000, a mãe biológica foi apontada como a principal pessoa que exerce a agressão física, aplicando-as, principalmente, como método disciplinador. Tal dado é compreensível considerando a estrutura da maioria das famílias brasileiras, onde cabe à mãe a educação dos filhos, sendo constante se ouvir das mesmas que, enquanto crianças, também apanharam de seus pais e hoje estão vivas e felizes.

Entretanto, tal afirmação nem sempre é verdadeira. Sabe-se, hoje, que em casos de violência física na infância, podem surgir consequências a curto e em longo prazo. Segundo vários pesquisadores citados por Duarte e Arboleta (2017), essas consequências podem ser: em curto prazo: problemas físicos; problemas no desenvolvimento das relações de apego e afeto; problemas de afeto como depressão e diminuição da autoestima; distúrbios de conduta tanto por assumir um padrão igual aos pais (tornando-se agressivo), como por apresentar pouca habilidade social ou reação inadequada ao estresse; em longo prazo: sequelas físicas; pais abusadores no futuro; conduta delinquencial e comportamentos suicidas na adolescência.

Em contrapartida, pais agressores físicos também apresentam indicadores de violência em sua conduta, ainda segundo os mesmos autores elas podem ser descritas como sendo: demonstração de pouca preocupação e interesse pelos filhos; culpabilização dos filhos pelos problemas na casa e na escola; exigência de perfeição e desempenho superior às possibilidades do aluno; explicações contraditórias em relação aos ferimentos dos filhos; defesa da disciplina corporal severa; história de violência familiar na infância.

Independente dos motivos, a violência física contra crianças é sempre uma covardia. O maltrato, em qualquer forma, é sempre um abuso de poder infligido pelo mais forte contra o mais fraco. Afinal, a criança é frágil e totalmente dependente física e afetivamente dos seus pais. Nesse sentido, Monteiro Filho (1999) acredita que a palmada se insira como forma de reconhecimento da insegurança, da fraqueza, da incompetência dos pais para educar seus filhos, necessitando usar a força física.

Enquanto profissionais de enfermagem, é importante orientar os pais que educar e estabelecer limites com segurança e autoridade aos filhos se faz importante para seu amadurecimento. Entretanto deve-se frisar que tais limites devem ser empregados com firmeza, carinho e afeto, mas sem autoritarismo e nunca com castigo físico.

Quando ultrapassado os limites do exercício do poder familiar configura – se a partir de então, violações aos direitos objetivos e proteções esculpidas na legislação que crianças e adolescentes possuem, com efeito, trata – se evitar abandonos, abusos e alienações que podem desencadear problemas severos em crianças e adolescentes. O direito de correção dos filhos pelos pais visando à educação é aceito com reservas, devendo ser utilizado com a devida adequação (GONÇALVES, 2017).

Se o exercício deste direito der origem a lesões corporais, o mesmo passa também a ser considerado abuso, e como tal é ilegal, ilícito, podendo ocasionar a destituição ou a suspensão do poder familiar e demais consequências processuais criminais porque importam em crimes, contra a honra, a integridade até mesmo contra a vida que acabam por ferir de morte o princípio da dignidade da pessoa humana a que revestem as crianças e jovens, em casos de agressões mais sérias, que possam comprometer a integridade física da criança ou adolescente há previsões punitiva de acordo com o crime ou violação praticados sob a égide do Código Penal Brasileiro.

Observa-se inicialmente alguns tipos penais mais comuns de abandono ou alienação, o intelectual, o material e a alienação parental, além dos crimes comissivos ou omissivos por dolo ou culpa. Em relação ao abandono intelectual, remete a educação dos filhos, não somente aquela orientação que é dada no seio familiar com a finalidade de prover qualidades cidadãos e sim aquelas orientações à aquisição de conhecimentos a nível escolar (MADALENO, 2018).

Madaleno (2018), explica que, visto a importância dessa proteção provida pelo exercício do poder familiar para que as garantias da constituição venham a ser praticadas tanto pelo Estado quanto pelos pais, cuida – se da publicação de um estudo na revista Ciência e Saúde Coletiva onde investigou – se as consequências dos abusos e violências praticados contra crianças e adolescentes no seio familiar onde os abusadores eram aqueles cujo o poder – dever familiar deveria prover a sua proteção, os pais.

Também é importante considerar a presença de sinais relacionados à violência, incluindo: “síndrome da orelha de estanho” que consiste em equimoses unilaterais, edema cerebral ipsilateral com obliteração das cisternas basais e retinopatia hemorrágica, síndrome de *Munchhausen* como substituto e Síndrome do bebê sacudido. A síndrome de *Munchhausen* é caracterizada quando os pais ou responsáveis falsificam sinais e sintomas de patologias na criança (LAMEIDA *et al.*, 2017).

Em alguns casos, pode haver falsificação de resultados de exames laboratoriais e uso de medicamentos com a intenção de causar efeitos colaterais como apatia ou convulsões. A patologia é recorrente, os sintomas são raros, a criança é sempre atendida pelo mesmo tutor que faz queixas de agitação e exige vários exames complementares para que o diagnóstico seja clínico. Lesões cerebrais, sangramento ocular, desenvolvimento neuropsicomotor retardado até a morte. A combinação de sangramento retinal e subdural torna o diagnóstico possível (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Sinais	Características
Síndrome da orelha de lata	Equimose unilateral, edema cerebral ipsilateral, com obliteração das cisternas basais e retinopatia hemorrágica.
Síndrome de Munchausem	Sinais e sintomas que não correspondem à história contada pelo acompanhante.
Síndrome do bebê sacudido	Graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, hemorragia retiniana e subdural, dano no desenvolvimento psico-motor e morte.

Tabela 1 – Sinais relacionados a violência contra a criança
Fonte: Magalhães *et al.*, 2019

No Artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o preenchimento do formulário para denúncia de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e jovens, conforme (Figura 1), é obrigatório para o Conselho Tutelar do respectivo local. É considerada uma causa justa para a violação do segredo profissional. A notificação de maus-tratos a crianças e adolescentes pode ser determinada a partir de notificação da equipe de saúde ou de outro órgão ou pessoa ao conselho tutelar com o objetivo de utilizar os meios sociais e sanitários para proteger as vítimas de violência na infância e na adolescência (MAGALHÃES *et al.*, 2019).

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO		
Data do atendimento: ____/____/____		
Unidade: _____		
Endereço da unidade: _____		
Telefones: _____		
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____		
II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE		
Nome:	_____	
DN:	____/____/____	
Idade: ____	Sexo: _____	Registro na unidade: _____
Filiação:	_____	
Responsável(is) Legal(is): _____		
Acompanhante:	_____	
Grau de Relacionamento	_____	
Endereço:	_____	
Telefone para contato:	_____	
Referência para localização:	_____	

Figura 2 - Ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Considera-se criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei n.º 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do adolescente).
Fonte: Magalhães *et al.*, 2019)

Portanto, é importante que os profissionais e equipes de saúde sejam treinados em todos os níveis de prevenção e atendimento para identificar casos de abuso. Violência básica contra crianças e adolescentes, que ocorre principalmente no âmbito familiar, por isso é chamada de violência doméstica, mas também aquelas que ocorrem em outros contextos, como a institucionalização, na comunidade e na área social as formas mais importantes de abuso de crianças e adolescentes que devem ser denunciados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a saúde e o direito à vida estão ativamente relacionados no processo de formação uterina, ou seja, o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA é um documento que foi elaborado destacando de modo ativo e direto os direitos das crianças e adolescentes em todo contexto. As ações de garantia da efetivação desses direitos são descritas na seguinte maneira, conforme afirma Noletto (2014, p.18):

- O acompanhamento pré-natal da gestante pelo sistema único de saúde;
- A possibilidade de o mesmo médico que fez o pré-natal, acompanhar o parto;

A oportunidade de alimentação do recém-nascido por mãe que estão cumprindo penas restritivas de liberdade ou mesmo por mães no mercado de trabalho, entre outras;

Após o nascimento o ambiente na qual a criança é ingressa deve ser adaptada as suas necessidades, os núcleos das relações familiares e sociais formulam uma base de acolhimento que estimula afetividade, solidariedade, segurança entre outros. Esses requisitos são direitos da criança e adolescente, uma vez que esses subsídios permitem a “criança construir novos vínculos para o sentimento de segurança e confiança em si mesma, em relação ao outro e ao meio, desenvolvimento da autonomia, aquisição de controle de impulsos, e capacidade para tolerar frustrações e angústias, dentre outros aspectos”.

Convém destacar que as políticas públicas continuamente têm exigido do governo municipal mais envolvimento na resolução de conflitos, visando impedir que ocorra violação de direitos da criança e adolescente, utilizando-se da prevenção. Para isso, é imprescindível ser construído programa específica de acordo a necessidade do indivíduo, fundamentando na proteção integral e coletiva, dando ênfase à diminuição de ocorrência de violência contra criança e adolescente, por ser uma problemática que tem afetado a humanidade por longos períodos e ainda não foi encontrado preceitos que possam sanar definitivamente essa discrepância.

Assim, descreve-se que [...] por produzir sequelas não visíveis e de difícil identificação para os leigos, os maus-tratos psicológicos permanecem ocultos (DESLANDES, 2017, p.16). Essa forma de violência não visível, pode ser conceituada como toda e qualquer ação ou omissão capaz de atingir de forma negativa a autoestima, à dignidade e ao desenvolvimento psicossocial de um indivíduo. Como exemplos dessa violência podemos citar: humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, exploração, ameaças, críticas destrutivas, omissão de carinho e atenção, etc.

Encontramos a violência psicológica presente em todos os outros tipos de violência contra crianças e adolescentes e por isso, cada vez mais, temos que fazer jus o Art. 15 do Estatuto da criança e do adolescente: “A criança e ao adolescente têm direito a liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis” (Brasil, 1990, p.04). Deve-se garantir as crianças e os adolescentes o direito a um desenvolvimento saudável, tratando-os como sujeitos e respeitando suas condições.

Assim como a violência física e psicológica, existe mais um tipo que também traz grandes preocupações quanto a situação das crianças e adolescentes, trata-se da violência sexual que deve ser analisada de uma forma ampla para que possa abranger todas as suas dimensões. Essa violência é em sua maior parte praticada dentro do seio familiar, e os autores dessa violência são espantosamente as pessoas acima de qualquer suspeita, entre os principais abusadores sexuais das crianças e adolescentes encontram-se os próprios pais.

Referências

- ARRUDA, S. ZAMORA, M. H. BARKER, G. SILVA, A.C. Projeto Fortalecendo Bases de Apoio Familiares e Comunitárias para Crianças e Adolescentes. **Cuidar sem Violência, Todo Mundo Pode. Guia Prático para Famílias e Comunidades**. Santo André: ARByes. 2013. p.108.
- ABRAMOVAY, Mirian et al. **violência**. Brasília: Unesco, 2019;
- BARBOSA, Ana Christina. Redes Locais de Atenção à Criança e ao Adolescente. **BNDES Social**. Rio de Janeiro, dezembro de 2012.
- BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do adolescente.
Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso em: 15. Fev.2022.
- BRASIL, Conselho Tutelar: dez anos de uma experiência na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. **Revista da Procuradoria Geral**. Porto Alegre: Unidade Editorial da Secretaria Municipal da Cultura, v. 15, 2001.
- CARMO, Francielly Gomes dos Santos. **Prováveis causas em que a família influencia na indisciplina escolar**. 2012.
- CASTRO, Michele Guedes Bredel de . **Noção de criança e infância: diálogos, reflexões, interlocuções**. Universidade do Minho, Braga, 2018.
- CRUZ, Elaine. **A Difícil Arte de Criar Filhos**. Rio de Janeiro: Betel, 2019.
- DAHLBERG; Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva** v.11 suppl. Rio de Janeiro 2007.
- DELANEZ, Geovana Oliveira. **A violência intrafamiliar e suas consequências no desenvolvimento da criança**. Local Malheiros Editores Ltda. 2017.
- DIAS, Débora. **A Violência Intrafamiliar Infantil e suas Consequências**. 2013.
- ELIAS, R.J. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Saraiva, 2018.
- FERREIRA, Sandra Regina. **A violência em sala de aula: uma análise no 1º ano do ensino fundamental da Escola Municipal Professor Dubas**. 2013. Disponível em: <http://monografias.brasilecola.uol.com.br/educacao/a-violencia-sala> . acesso: 12.dez.2021.
- GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. **Das Relações de parentesco**. IBPEX, Curitiba – SP. 2018.
- HUTZ, Claudio Simon. **Violência e Risco na Infância e Adolescência: Pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Dados populacionais do município de Imperatriz** - MA. 2013. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>>. acesso em 06 21
- LIMA, Miguel M. Alves. **O Direito da Criança e do Adolescente: fundamentos para uma abordagem principiológica**. Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.
- LORCH, Dora. **Como Educar sem usar a violência**. São Paulo: Summus, 2017.
- LONGO, Cristiano da Silveira. Ética disciplinar e punições corporais na infância. **Psicologia USP**, v. 16. n4.p.99-119, 2015.
- MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho Científico**. procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório. Publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MADALENO, Rolf Hassen. **Direitos Fundamentais do Direito de Família**. Porto Alegre. Ed. Livraria do

Advogado, 2014.

MEIER, Marcos. **Educação e psicologia: dica para os pais.** 2019.

MARKHAM, Ursula. **Traumas de infância: esclarecendo dúvidas.** São Paulo: Ágora, 2019.

MELO, Elza Machado. **Podemos prevenir a violência.** Serie: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Organização Pan-Americana da Saúde II. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília DF. 2012.

MINAYO M. C. de S et al. (org.). **Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

MOREIRA, Maria Ignez Costa. SOUSA, Sônia Margarida Gomes. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O Social em Questão** - Ano XV - nº 28 - 2012.

MUNIR, Cury. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado.** 9 ed. Malheiros Editores Ltda., 2018

NARODOWSKI, Mariano. **Infância e poder: A confrontado da pedagogia moderna.** Tese de doutorado em educação. Universidade Estadual de Campinas, 2012.

NASCIMENTO, Cláudia Terra do. BRANCHER, Vantoir Roberto. OLIVEIRA, Valeska Fortes de. **A construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica.** Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 04-18, jan. / jun. 2018.

NORONHA, Maressa Maelly Soares. PARRON, Stênio Ferreira. **A evolução do conceito de família.** 2018.

NOLETO, Rafaela. **Políticas sociais setoriais.** Infância. Adolescência e Juventude. São Luis, 2014.

NUNES, Vanessa Luengo Pereira. **Violência contra crianças e adolescentes: Realidade versus tratamento jurídico.** Marília, SP: [s.n.], 2012.

Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde - OPAS. 2015.

OLIVEIRA, José Sebastião de. **Fundamentos constitucionais do Direito de família.** São Paulo: Rev. dos Tribunais, 2002.

PRADO, Cynthia Granja. WILLIMNS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. **Psicologia: Teoria e Prática** - 2017, 9(2):14-25.

PEREZ, José Roberto Rus. PASSONE, Eric Ferdinando. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2012.

QUINTEIRO, Jucirema. Infância e educação no Brasil. In: FARIA, Ana Lúcia Goulart et al. **Por uma cultura da infância: metodologia de pesquisa com crianças.** São Paulo: Autores Associados, 2015.

ROXO, Sérgio. **Estudo mostra que custo da violência no Brasil já chega a 5,4% do PIB.** 2014.

SILVERA, Luiza Maria de Oliveira Braga. **Família e escola: Em busca de uma (re)aproximação.** Laboratório de Estudos contemporâneo. Gravataí - 2012.

SILVA, Rita de Cácia Oenning da. **O sujeito na infância: quando a visibilidade produz exclusão.** 2016.

TIBA, Içami. **Adolescentes: Quem Ama, Educa!** São Paulo: Ed. Integrare, 2015.

VASCONCELOS, Alexandra Cassol de. As noções de educação e disciplina em pais que agredem seus filhos. **Psico**, Porto Alegre, v.37, n.1, p. 15-22, 2016.

VECINA, Dalka Chaves de Almeida Ferrari, Tereza C. C. **O fim do silêncio na violência familiar.** São Paulo: Ágora, 2012.

VOLPI, José Henrique. **A compreensão da formação de caráter como ferramenta auxiliar.** Curitiba. 2013.

CAPÍTULO 6

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PÓS-CIRÚRGICO

NURSING ASSISTANCE TO THE POST-SURGICAL PATIENT

Elizabeth Moura Alves¹

Luciana Coelho Carvalho Oliveira²

1 Graduanda em enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís -Maranhão

2 Professora, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

Resumo

No centro cirúrgico, o enfermeiro é responsável por acompanhar o paciente desde sua entrada no bloco operatório, intraoperatório e pós-operatório, com foco em todas as suas necessidades. Este estudo objetivou: Promover uma reflexão sobre o papel da enfermagem na assistência ao paciente no seu pós-operatório. A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho foi a de revisão bibliográfica onde se utilizou como fonte livros, revistas, artigos, teses, dissertações dentre outras fontes pertinentes. Diante da relevância desse assunto esta pesquisa descreveu a importância da realização da admissão do paciente cirúrgico pelo enfermeiro do setor, pois este apresenta conhecimento técnico científico para assegurar a integridade física e psicológica do mesmo, através da identificação de problemas e da elaboração da sistematização da assistência de enfermagem.

Palavras chave: Centro Cirúrgico, Enfermagem, Pós-operatório.

Abstract

In the operating room, the nurse is responsible for accompanying the patient from the moment he enters the block to the entire perioperative period, focusing on meeting all the patient's needs. This study aimed to: Promote a reflection on the role of nursing in patient care in the postoperative period. The methodology used for the development of this work was the bibliographic review where books, magazines, articles, theses, dissertations among other pertinent sources were used as a source. sector nurse, as he/she has scientific technical knowledge to ensure the physical and psychological integrity of the same, through the identification of problems and the elaboration of the systematization of nursing care.

Key-words: Surgical Center, Nursing, Postoperative.



1. INTRODUÇÃO

A enfermagem, cujo instrumento de trabalho é o cuidado, tem papel importante no tratamento e nas orientações educativas aos pacientes e familiares, promovendo sua recuperação e bem-estar durante sua internação e capacitando-o para o autocuidado após a alta hospitalar. (CHRISTÓFORO, 2006).

Este trabalho justifica-se pela sua importância acadêmica e pela necessidade de se pesquisar e compreender os procedimentos e essenciais ao paciente em pós-operatório imediato, os quais devem ser adotados pela equipe de enfermagem, afim de identificar possíveis complicações precocemente ou, se possível, evitá-las.

O que motivou a condução desse estudo foi a importância do papel do enfermeiro em centro cirúrgico, sendo esta, uma ferramenta que poderá oferecer subsídios para a tomada de decisão dos enfermeiros em relação a estes procedimentos.

A tarefa de cuidar de pacientes após uma cirurgia é uma atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde, porém a equipe de enfermagem, por representar um contingente expressivo nesse contexto, merece atenção. As atividades desenvolvidas por essa equipe vão desde a coleta de informações sobre o paciente que ainda permanece na sala de cirurgia, o preparo da unidade de recuperação para admissão desse paciente até a assistência propriamente dita. Sendo assim, questiona-se: Qual é a atuação dos enfermeiros no Centro Cirúrgico?

Para que se responda essa e outras perguntas desenvolveu-se o seguinte objetivo geral: Promover uma reflexão sobre o papel da enfermagem na assistência ao paciente no seu pós-operatório. Em consonância com esse objetivo desenvolveu-se também os seguintes objetivos específicos: Estudar sobre o Centro Cirúrgico e a atuação do profissional de enfermagem neste ambiente, Identificar os principais cuidados que o profissional de enfermagem precisa ter durante a assistência de um paciente no seu pós-operatório e as dificuldades enfrentadas por esse profissional na execução de sua função, Compreender a relevância da atuação do profissional de enfermagem na assistência do paciente pós-operatório para uma recuperação sem intercorrências.

A metodologia utilizada neste trabalho foi a bibliográfica. Foi utilizado para o embasamento da pesquisa, arquivos científicos que tinham afinidade com o tema. Os artigos utilizados para publicação deste trabalho são publicações de 2004 a 2022. Os descritores serão: centro cirúrgico, enfermagem, cuidados.

2. CENTRO CIRÚRGICO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NESTE AMBIENTE

Desde a pré-história já eram realizados procedimentos cirúrgicos, porém acredita-se que a maioria deles não tinha objetivo terapêutico e sim o objetivo da expulsão de espíri-

tos malignos, visto que essa era a crença naquela época. Com o passar do tempo surgiram às escolasmédicas e posteriormente os cirurgiões-barbeiros, que realizavam procedimentos, como sangrias, drenagem de abscessos entre outros sem nenhum cuidado com higiene ou processos anestésicos, que levavam a um grande número de infecções e morte (FERREIRA; BORGES; FIGUEIREDO, 2007).

Os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico tinham de superar a dor, a hemorragia e a infecção geradas pelo procedimento sem anestesia. A hemorragia era controlada utilizando-se cauterização com óleo fervente ou ferro em brasa. A infecção passou a ser mais estudada somente após o advento dos antibióticos. Muitas descobertas contribuíram para a prevenção da infecção em pacientes cirúrgicos, como o uso de máscaras e de avental cirúrgico e a padronização da degermação das mãos (POSSARI, 2010).

No ambiente em que se encontra o centro cirúrgico deve-se observar: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. Sua localização deve oferecer segurança quanto às técnicas assépticas, sendo distantes de locais de grande circulação, ruídos e poeiras. Quanto à área e ao número de salas deve-se considerar a duração da programação cirúrgica, especialidades atendidas, ensino e pesquisa (SANTOS, 2005).

Na especificidade do centro cirúrgico, a dinâmica do cuidar e os cuidados de enfermagem são muito voltados à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando à recuperação do cliente. Dadas as características do setor, a interação social no cuidado muitas vezes é restrita. A presença da enfermeira junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque, a conversa também, são restritos face às atividades outras do setor, o que não quer dizer que não haja expressividade no cuidado.

Isto acontece, por vezes, não no sentido de desmerecer ou desvalorizar os aspectos do cuidar que são da ordem da subjetividade, mas porque, neste setor, a atenção ao órgão físico como central é necessária. O pouco tempo de convivência com o paciente no centro cirúrgico embora não seja o determinante, pode também interferir na construção da relação entre ele e a enfermeira.

Tanto Kunzle et al. (2006) quanto Oliveira et al. (2015) consideram que é importante o trabalho da Equipe de Enfermagem em CC, o qual não é um trabalho a ser realizado por uma pessoa, mas por um grupo que é liderado por um enfermeiro que deve estar capacitado e atualizado quanto às novas tecnologias, e preocupado com a qualificação dos membros da sua equipe.

O enfermeiro é o responsável por trazer o elo entre as tecnologias e as práticas de cuidado em busca da segurança do paciente, pois o gerenciamento das tecnologias, das relações entre as equipes, e uso de ferramentas sistematizadas do processo do cuidado, são algumas estratégias que o profissional utiliza para realizar a gestão do cuidado no centro cirúrgico (SANTOS et al., 2013, p 90).

É comum o Enfermeiro realizar um diagnóstico situacional onde é possível constatar os pós e contras da instituição hospitalar tanto no funcionamento quanto na sua estrutura. O que diferencia o profissional enfermeiro é sua percepção sobre o funcionamento hospitalar e as necessidades de cuidados para melhor atender os pacientes, ou seja, o

enfermeiro tem total capacidade de contribuir na arquitetura hospitalar, pois, a tomada de decisões está relacionada diretamente com a influência da percepção de problemas que podem surgir no âmbito hospitalar (LIMA, LOPES & GONÇALVES (2010).

As atribuições do Enfermeiro de Centro Cirúrgico são bastante complexas, remetendo-se a diversas competências, dentre elas: assistencial, administrativa, ensino e pesquisa. Indo ao encontro de Guido et al. (2008), o papel assistencial é de suma importância, visto que compete ao Enfermeiro a assistência ao paciente e à família, sendo que a comunicação entre todos os indivíduos envolvidos é fundamental para a continuidade do cuidado de forma individualizada. Após uma cirurgia, qualquer paciente fica mais vulnerável, com seu sistema imunológico mais baixo e propenso a outros problemas. Por isso, a atenção deve ser redobrada, para que haja uma recuperação completa e sem problemas subsequentes. Um pós-operatório cuidadoso evitará infecções ou complicações e por isso a figura do enfermeiro é fundamental ao lado do paciente.

De acordo com Bezerra (2010), a Assistência de Enfermagem Perioperatória é caracterizada por ser um processo realizado numa fase muito específica da atenção ao paciente, frente ao procedimento anestésico-cirúrgico, no sistema normativo e organizativo do CC, em que os profissionais de enfermagem ampliam suas áreas de domínio, incluindo a responsabilização por outros serviços que são aí realizados, impondo-lhes a fragmentação do seu trabalho, de modo a confundi-los sobre sua real necessidade.

Conforme Santos (2010), na atenção ao paciente no pré-operatório, a Equipe de Enfermagem é responsável pelo seu preparo, desenvolvendo cuidados como: orientação, preparo físico e emocional e avaliação, com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar as complicações no pós-operatório, uma vez que essas geralmente estão associadas a um preparo pré-operatório inadequado.

A enfermagem perioperatória é uma especialidade que abrange vários aspectos do cuidado em enfermagem. Segundo Carmo (2010) a atuação do enfermeiro nesse período, é efetuar uma avaliação em cada uma das fases desse período que são o pré-operatório, o intraoperatório e o pós-operatório.

O pós-operatório subdivide-se em recuperação pós anestésica, que abrange a chegada do paciente a URPA até sua alta para a unidade de origem; pós operatório imediato que vai da alta da URPA até as primeiras 48 horas após a cirurgia e pós operatório mediato, que começa a partir das 24 horas após a cirurgia, estendido até a alta do paciente (CARMO, 2010).

Durante o período pós-operatório o enfermeiro realiza ações com o objetivo de auxiliar na recuperação anestésica e prevenir possíveis complicações, como: admissão do paciente na sala de recuperação, avaliar o nível de consciência, avaliar condição dos curativos e dos drenos, controle da dor, monitorização dos sinais vitais, aplicação da Escala de Aldrete, administração de medicações, controle das eliminações, balanço hídrico, entre outros.

Para tanto o enfermeiro deve estar em constante aperfeiçoamento, deve buscar adaptar-se às mudanças tecno-científicas que vem crescendo com o passar dos tempos. Evidencia-se que o Centro Cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica, científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil do enfermeiro desse

setor, requer desse profissional capacitação para implantação de ações que atendam a estas mudanças (PENICHEE ARAÚJO, 2009).

O enfermeiro também assume responsabilidades com a família do paciente, dando respostas aos diversos questionamentos, mantendo-a informada, pois ela, normalmente, fica apreensiva, preocupada e desejando notícias do andamento da cirurgia. Nesse contexto, o enfermeiro assume papel de mensageiro, mantendo um elo com a família da pessoa que está sendo submetida ao procedimento cirúrgico, até sua saída desse setor, explicando-lhe que o fato de uma longa espera não significa que o paciente esteja o tempo todo na sala cirúrgica, pois a preparação da anestesia e a indução consomem tempo; e que o cirurgião fará contato ao término do procedimento; dentre outros. Isso trará tranquilidade aos familiares que aguardam na sala de espera (SOMENSI, 2017).

Para Santos (2010), a criatividade e a inovação são recursos que os profissionais de enfermagem estão utilizando cada vez mais para a realização de seu trabalho, inclusive em local repleto de medo e incertezas como o CC. O enfermeiro é o profissional que aplica essas competências, pois, às vezes, é necessária a busca por soluções imediatas e inéditas para prestar uma assistência segura, prevendo riscos e aprimorando a qualidade. Do ponto de vista dos autores, as organizações estão cada vez mais buscando profissionais com essas competências, aliadas a uma assistência humanizada na prestação dos serviços.

Diante de tais atribuições, concorda-se com Peniche e Araújo (2009) que para desempenhar seu trabalho no Centro Cirúrgico, o Enfermeiro deve saber conduzir a equipe de Enfermagem, a fim de obter o melhor resultado na assistência, sendo o trabalho em equipe primordial para um bom funcionamento dessa unidade.

3. OS PRINCIPAIS CUIDADOS QUE O ENFERMEIRO PRECISA TER NO PÓS-CIRÚRGICO DO SEU PACIENTE

Para Grittem (2007) a enfermagem expressa e organiza a assistência a partir da identificação das necessidades dos indivíduos e coletividade, em uma diversidade de condições de saúde e doença. Inicialmente houve um fazer empírico, ao longo dos anos até a Enfermagem se caracterizar como uma profissão. Nesta construção pode-se destacar a utilização de uma metodologia para o desenvolvimento de suas ações, por meio de conhecimentos técnico- científico.

A sistematização da assistência de enfermagem é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados de cuidado. Percebe-se, contudo, um cuidado de enfermagem ainda fortemente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar. A crescente abertura para as novas metodologias de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por outro, diferenciado para os contornos de saúde/doença (BEZERRA, 2008).

Segundo Reppetto e Souza (2005), a prática da assistência de enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, o qual possibilita a união da teoria à



prática. O uso de marcos conceituais explícitos na prática assistencial altera, também, a estrutura da formada assistência, possibilitando ação participativa, crítica, embasada em conceitos científicos, exigindo maior conhecimento da disciplina de enfermagem.

Os cuidados que o doente necessita durante o período pós-operatório, constituem um desafio, devido às complexas alterações fisiológicas que ocorrem nessa fase. Sendo assim, os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico também devem ser realizados nesse período, seja qual for o tipo de cirurgia, em todos os pacientes cirúrgicos, independentemente dos fatores sexo, idade e orientação sexual. Não obstante, devem-se levar em consideração as peculiaridades que abarcam cada indivíduo dentro de sua individualidade.

Orientar é uma das funções do profissional enfermeiro. É de competência do enfermeiro orientar como o paciente retornará do bloco cirúrgico, no que se refere à drenos, feridas operatórias e dispositivos externos. Além de explicar sobre a importância de sua colaboração durante os procedimentos. Essas orientações evitam o susto do paciente. Então é imprescindível conhecer as bases teóricas para desenvolver o cuidado com intuito de proporcionar uma reflexão sobre a relação enfermeiro/paciente auxiliando a desvendar e propor novas maneiras de cuidado humanizado durante o pré-operatório (CHRISTÓFORO, 2006).

Na visão de Smeltzer et al. (2011), a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações, pois este é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida.

No entanto Diniz et al. (2014), o enfermeiro tem a responsabilidade de fazer com que as estratégias funcione de forma correta, assim a equipe consegue ter uma melhor comunicação e assistência de enfermagem, com a equipe multiprofissional entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. Dessa forma o profissional passa a ter um contato com seu paciente deixando de lado a velha comunicação via telefone, pois esta forma de comunicação podem trazer prejuízos diretos para a assistência prestada ao paciente. A dificuldade de interação e a precária comunicação entre as equipes de enfermagem de origem e de destino para o paciente contribuem para o aumento significativo de complicações.

Além do mais, é nítida a importância da contribuição da enfermagem no início, durante e após o término da cirurgia, por exemplo, certificando a identidade e o consentimento do cliente, o local e o procedimento; verificando os sinais vitais e mantendo o paciente monitorado e com acesso venoso; eliminando a presença de qualquer risco, como o de perda sanguínea, dificuldade das vias aéreas, reações alérgicas e complicações no pós-operatório; entre outras funções.

Segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), desde o surgimento da profissão até os dias atuais, o enfermeiro, tem buscado uma auto-definição, tentando construir sua identidade.

de profissional e obter reconhecimento. Nesta trajetória, esta profissão vem enfrentado ao longo da sua existência grandes dificuldades que comprometem suas habilidades no comprimento das suas atividades profissionais, as quais também repercutem no seu lado pessoal.

A profissão possui uma característica intrínseca, a qual poderia denominar de indefinição do papel profissional, que também pode ser relacionada como mais um dos seus elementos estressores. Os profissionais de enfermagem desse setor têm suportado cargas de trabalho cada vez maiores, com proporção inadequada de pacientes por profissionais qualificados, turnos rotativos, baixa remuneração, manipulação de substâncias tóxicas e presença de fatores de risco pertinentes ao ambiente, levando a uma situação conhecida como sobrecarga de trabalho.

Por outro lado, identificar situações que remetam a possíveis erros na assistência perioperatória ao paciente cirúrgico é o grande desafio do enfermeiro, dentre as quais se destacam as falhas nos equipamentos de anestesia, falta de pessoal capacitado, equipe cirúrgica trabalhando sob pressão, uso das novas tecnologias com pouco conhecimento, entre outras. Esse contexto desperta atenção para ampliar o olhar do enfermeiro em busca de novos conhecimentos, visando à segurança do paciente no centro cirúrgico e tendo em vista a constante ocorrência de riscos, erros e acidentes, revelando a necessidade de que mudanças sejam implementadas.

Entre os desafios do enfermeiro no centro cirúrgico, a maior dificuldade é realizar diariamente na sua prática de trabalho o uso das ferramentas de gestão e organização, promoção do conforto e segurança do ambiente para equipe cirúrgica e promoção da segurança do paciente. Uma maneira de conseguir atingir esses objetivos é unificar essas atividades e planejar as ações dentro de um único conceito: gestão do cuidado (SANTOS, 2010).

O enfermeiro no seu ambiente de cuidado preocupa-se com a organização do tempo, provisão dos recursos materiais e humanos e as relações interpessoais. O enfermeiro tem o desafio de manter o ambiente em condições favoráveis para o desenvolvimento das práticas de cuidado por todos os diferentes membros da equipe (SILVA, 2016).

O enfermeiro que atua em centro cirúrgico se relaciona com profissionais heterogêneos e este pode ser um dos fatores geradores de conflitos, divergências, insatisfações, evoluindo para o estresse. Ele necessita interagir continuamente para que o trabalho possa ser realizado de forma eficiente e eficaz. O profissional da área da saúde tem como base do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com o paciente ou com a equipe multidisciplinar. (SOMENSI, 2017).

O conflito envolvendo profissionais necessita ser discutido de maneira construtiva, em busca de alternativas, visando melhorar a relação de trabalho entre eles. Na atuação em centro cirúrgico, várias são as situações de conflito envolvendo cirurgiões e equipe de enfermagem. Na maioria das vezes, há necessidade de intervenção do enfermeiro, com o propósito de mediar e encontrar a melhor solução.

O meio mais fácil e menos desgastante de solucionar esses tipos de questões além de uma boa gestão setorial e hospitalar é mesmo a educação permanente que objetiva o

aprimoramento dos profissionais no cuidado, no entendimento a pessoa, no acolhimento e na postura frente a questões particulares, resultando na busca de qualidade e satisfação. Para a resolução de conflitos, a análise ética dos fatos relacionados se faz necessária, além do conhecimento das teorias éticas, que direcionam e sistematizam a tomada de decisão (ARAÚJO; MASSAROLLO, 2014).

A dificuldade no fornecimento de insumos para a realização de procedimentos no Centro Cirúrgico também é uma dificuldade relatada por profissionais da Enfermagem, isso requer uma avaliação mais detalhada para saber se de fato é uma dificuldade de parte financeira da instituição com relação a produtos básicos hospitalares ou é uma problemática da organização da equipe do Centro de Materiais e Esterilização (CME) que é um setor destinado a esterilização de instrumentais cirúrgicos, deste modo a prestação de serviços humanizados de boa qualidade sofre alterações negativas construindo a ideia de oposição ao cuidado de Enfermagem.

A falta de recursos materiais é outra dificuldade encontrada pelos enfermeiros no centro cirúrgico em consonância com a falta de recursos humanos para o desenvolvimento da assistência. Diante do cenário de limitação de recursos a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem e o acúmulo de funções dos enfermeiros, contribui para fragilidades na segurança do paciente. Estudos ainda destacam a frequente taxa elevada de cancelamento e suspensão de cirurgias por falta de recursos, equipamentos, médicos e profissionais de enfermagem (SILVA, 2016).

O enfermeiro é o gestor do cuidado no centro cirúrgico, por meio da liderança é capaz de promover a segurança do paciente. A atuação do enfermeiro como líder e gerente do cuidado no centro cirúrgico contribui para evitar eventos adversos e aumentar a adesão nos protocolos de segurança por todos os membros da equipe. Os desafios para que os profissionais de enfermagem possam desenvolver uma ação focada no paciente e suas necessidades atravessam diversos percalços.

4. RELEVÂNCIA DE UMA ENFERMAGEM HUMANIZADA PARA UM PÓS-OPERATÓRIO DO PACIENTE SEM INTERCORRÊNCIAS

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem-estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer.

A importância da contribuição da enfermagem no início, durante e após o término da cirurgia, por exemplo, certificando a identidade e o consentimento do cliente, o local e o procedimento; verificando os sinais vitais e mantendo o paciente monitorado e com acesso venoso; eliminando a presença de qualquer risco, como o de perda sanguínea, dificuldade das vias aéreas, reações alérgicas e complicações no pós-operatório; entre outras funções.

A relação entre a equipe de enfermagem e o paciente cirúrgico é de fundamental importância para a percepção e a experiência cirúrgica. A atmosfera que envolve o paciente no período perioperatório (pré, trans e pós-operatório) pode incluir sentimentos, como medo do desconhecido, da morte, comprometimento da relação do paciente com seus familiares, preocupação com o retorno ao trabalho, entre outros. A experiência cirúrgica é subjetiva e requer um cuidado humanizado, qualificado e seguro (SILVA; ALVIM, 2010).

Humanização na assistência de enfermagem é torna-se um ser humano, sensível, caridoso e afetuoso. Mudando as percepções de gestão com o propósito de facilitar, possibilitando aos profissionais o acesso e a participação mais efetiva nos processos que envolvem um atendimento com cortesia, benevolência, agrado e respeito, colocando-se sempre na posição do cliente, doando-se com respeito e honestidade demonstrando confiança ao paciente, sabendo ouvir com paciência as palavras e passando tranquilidade ao paciente. A empatia faz crescer um contato, e é nesse momento de troca, que se humaniza, porque assim tem um reconhecimento e identificação como ser humano (LEITE et al., 2006).

Baseado em Bedin, Ribeiro e Barreto (2004) a humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem. O ambiente, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. A humanização deve direcionar as atividades de enfermagem do tornando-o capaz construir uma realidade mais humana.

Para prestar uma assistência humanizada e com qualidade, torna-se necessário que o profissional compreenda a realidade, medos e dificuldades do paciente, e utilizando seu conhecimento técnico e científico, associados aos recursos materiais disponíveis, procurar meios para solucioná-los da melhor maneira possível. Partindo deste pressuposto, o reconhecimento da responsabilidade no cuidado com o cliente traz consigo a essência da função do enfermeiro, o que leva ao atendimento das necessidades básicas do indivíduo, auxiliando o paciente a transformar desequilíbrios em equilíbrios, sendo este um componente fundamental no processo de assistir em enfermagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O centro cirúrgico a dinâmica de trabalho, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, deve acontecer de forma harmoniosa. Para tanto, torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando segurança e bem-estar do paciente. A unidade ocupa lugar de destaque no hospital, considerando-se as finalidades e a complexidade dos procedimentos nela realizados visando o atendimento de pacientes, tanto em caráter eletivo, quanto de urgência e/ou de emergência.

Considerando a complexidade do ambiente de CC e sua finalidade de desenvolver procedimentos seguros, torna-se fundamental que os profissionais que nele atuam possuam conhecimento técnico, científico e humano, desenvolvendo competências e habilidades específicas. Os enfermeiros possuem uma visão proativa sobre sua atuação, porém, em alguns momentos, idealizadas.



A atuação do enfermeiro na unidade de CC exige habilidades e competências de gerenciamento com ênfase no processo de trabalho e no cuidado, atuando como um gerente burocrático, organizacional e assistencial, prestando cuidados indiretos e diretos aos pacientes e familiares, avaliando e coordenando sua equipe. Ele desenvolve sua função, planejando ações com segurança, competência e autonomia, constituindo-se elo entre os profissionais da equipe cirúrgica e a administração do hospital.

Os resultados deste estudo indicam que enfermeiro é um profissional de fundamental importância dentro do centro cirúrgico, haja vista que pode exercer assistência direta ao indivíduo, iniciando na interpelação pré-operatória, na busca pela identificação das necessidades do paciente, com a finalidade de supri-las, perpassando pelos períodos intra e pós-operatórios, bem como atividades gerenciais, envolvendo a logística de insumos, como também a coordenação de recursos humanos. Essa colaboração direta e indireta ao paciente viabiliza uma assistência integral.

Referências

AVELAR, M. C. Q. **A prática do enfermeiro de centro cirúrgico**. São Paulo, 2011, 181 p., Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP.

ARAÚJO, Mara Nogueira de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. **Conflitos** éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo. 27(3):215-20, 2014.

BEZERRA, J. T. M. Humanização da Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico. Brasília, UNICEUB, 2008.

CARMO, T.G. **O Cuidado do Enfermeiro ao Idoso em Pré-Operatório de Cirurgia Cardíaca**. Dissertação de Pós Graduação. Universidade Federal Fluminense – UFF, 2010.

CHRISTÓFORO, B.E.B.; ZAGONEL, I.P.S.; CARVALHO, D.S. **Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee**. *Cogitare Enferm.* 2006 jan/abr; 11 (1):56-60.

FONSECA, R.M.P.; PENICHE, A.C.G., **Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória**. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. v.22, n.4, p.428-33, 2009.

GRITTEM, L. **Sistematização da Assistência Perioperatoria: uma Tecnologia de enfermagem**. Dissertação de Pós-graduação. Universidade Federal do Paraná, 2007.

LIMA, C. D.; LOPES, M.A.; GONÇALVES, v.m.s. O Enfermeiro no Planejamento do Espaço Físico Hospitalar. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga-MG, V.3, N.2, 2010. Disponível em: intranet.hc.unicamp.br/manuais/centro_cirurgico.pdf. Acesso em: 15.03. 2022.

OLIVEIRA, E.F.V., SILVA JUNIOR, F.J.G. Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós anestésica. **Revista de Enfermagem** da UFPI, v.5, n.3, p.54-59, 2016.

POSSARI, J.F. **Centro Cirúrgico : Planejamento, Organização e Gestão**. 2. ed. São Paulo. 86 Iátria, 2010.

SILVA, A. C. A; et al. **A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura**. *Revista Cogitare Enfermagem*. v. 21, p. 01-09, 2016.

SOMENSI R.M., CAREGNATO R.C.A., CERVI G.H., FLORES C.D.. **Workload: a comparison between the online and observational methods**. *Revista Brasileira de Enfermagem*,

v. 71, n. 4, p. 1850-1857, 2018. SOUSA, C.S.; et al. Comunicação efetiva entre o Centro.

SANTOS, JLG. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G., Brunner/ **Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 7. ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



CAPÍTULO 7

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

***THE ROLE OF NURSING IN THE CARE OF ACUTE MYELOID
LEUKEMIA***

Isac Lima Pereira¹

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é uma proliferação neoplásica de células imaturas da linhagem mieloide que é produzida por uma alteração na regulação do crescimento e diferenciação das células hematopoiéticas. Sua principal característica é a produção e acúmulo de células não funcionais que alteram o bom funcionamento das células sanguíneas normais. O objetivo desse trabalho de conclusão de curso foi estudar de forma científica, através de revisão de literatura, as características da LMA alcançando um conhecimento de grau técnico mais elevado para desenvolver uma assistência humanizada e pautada em conhecimentos científicos atualizados aos pacientes. Para a produção deste trabalho foi aplicado o método de revisão de literatura, considerando autores de referência. O texto ressalva a importância de uma abordagem multidisciplinar ao paciente oncológico, partindo da conjectura de que o processo de cuidado ao paciente não se encerra com o diagnóstico e a terapia, mas envolve também outros níveis, como reabilitação, apoio psicológico e cuidados paliativos. Conclui-se que ao profissional de enfermagem resta primar e, acima de tudo, atingir os objetivos que um cuidado de enfermagem holísticos e humanizado deve ser pautado, significa ter dedicado ao paciente o máximo de recursos profissionais, assim como toda a equipe, bem como desenvolver a consciência humana e profissional profunda de sua responsabilidade de assistir à pessoa doente de forma integral e constante em toda a sua esfera física, mas também psicológica e emocional.

Palavras chave: Leucemia Mieloide Aguda (LMA); Oncologia; Enfermagem; Tratamento; Educação em Saúde.

Abstract

Acute Myeloid Leukemia (AML) is a neoplastic proliferation of immature cells of the myeloid lineage that is produced by an alteration in the regulation of growth and differentiation of hematopoietic cells. Its main feature is the production and accumulation of non-functional cells that alter the proper functioning of normal blood cells. The objective of this course conclusion work was to scientifically study, through literature review, the characteristics of AML reaching a higher level of technical knowledge to develop a humanized care and based on updated scientific knowledge to patients. For the production of this work, the literature review method was applied, considering reference authors. The text emphasizes the importance of a multidisciplinary approach to cancer patients, starting from the conjecture that the patient care process does not end with diagnosis and therapy, but involves also other levels, such as rehabilitation, psychological support and palliative care. It is concluded that the nursing professional remains to excel and, above all, to achieve the objectives that a holistic and humanized nursing care should be guided, means having dedicated the maximum professional resources to the patient, as well as the entire team, as well as to develop a deep human and professional awareness of their responsibility to assist the sick person in an integral and constant way in all their physical, but also psychological and emotional spheres.

Key-words: Acute Myeloid Leukemia (AML); Oncology; Nursing; Treatment; Health education.



1. INTRODUÇÃO

O câncer, ou neoplasia maligna, é uma das principais causas de morte no mundo a cada ano, a expectativa para o número de morte provocado por essa mazela é na casa de milhões em todo o planeta. Essa doença não faz distinção entre cor, classe social, condição financeira ou escolha religiosa, dos mais jovens aos mais idosos, qualquer pessoa pode ser acometida.

Existem muitos tipos de neoplasia malignas, são mais de centenas, entre elas algumas são mais conhecidas como é o caso do câncer de mama, próstata, intestino, reto, fígado, pele etc. Existem, porém, aqueles que são mais raros e atingem um baixo percentual da população, entre os quais destaca-se a leucemia mieloide aguda, um tipo de neoplasia que apesar de ser comum em adultos é bem rara sua manifestação na população em geral.

Devido ao fato da mieloide aguda ser um tipo de câncer muito agressivo e de causa ainda desconhecida faz-se necessário o estudo de literatura científica e casos clínicos para contribuir na construção do conhecimento baseado em evidências, trazendo informações atualizadas aos profissionais da saúde que prestam a assistência de enfermagem em casos de pacientes com leucemia mieloide aguda.

Apesar da agressividade da doença, é possível recorrer a medicamentos inovadores, capazes de controlar a doença e levar a um aumento da sobrevivência dos pacientes. Este caminho permite melhorar o manejo do paciente em terapia com novos fármacos biológicos, por isso partimos do caminho do cuidado, que vai do processo diagnóstico ao acolhimento após a comunicação do diagnóstico, à fase de informação e educação e termina com o relato e intervenção.

No entanto, os novos tratamentos podem causar reações indesejadas, que devem ser monitoradas e gerenciadas, de forma a não levar à interrupção da terapia, afetando sua eficácia. Sob este perfil específico e nesta fase delicada do cuidado, o papel do enfermeiro torna-se fundamental e estratégico, tanto do ponto de vista clínico como psicológico / emocional.

Levando em consideração todo processo que se envolve no tratamento do paciente com leucemia mieloide aguda desde o diagnóstico precoce, até a adoção de um tratamento adequado, verifica-se o desencadeamento de um processo complexo, de modo que este trabalho pode contribuir com os profissionais de enfermagem ao congruir as evidências científicas sobre o tema para prepará-los para compreender e atender as demandas dos pacientes com essa enfermidade.

A leucemia mieloide aguda é um tipo de doença avassaladora, capaz de trazer um rastro de desolação em uma pessoa e conseqüentemente em toda sua família, pois sua agressividade é alta e sua ação muito rápida, na maioria das vezes levando à letalidade. Aqueles que sobrevivem a essa enfermidade podem ser considerados a exceção da regra, apesar da evolução da medicina. Contudo, o diagnóstico precoce da doença aumenta as chances de cura, embora sua origem ainda seja considerada idiopática. Assim, apresen-

ta-se como questão norteadora dessa pesquisa: como o enfermeiro pode se preparar com mais embasamento técnico científico para dar uma melhor assistência ao paciente com leucemia mieloide aguda?

Visando responder essa questão, foi definido como objetivo geral estudar de forma científica as características da leucemia mieloide aguda alcançando um conhecimento de grau técnico mais elevado para desenvolver uma assistência humanizada e gabaritada aos pacientes. Quanto aos objetivos específicos, foram delimitados: estudar acerca da leucemia mieloide aguda; descrever, através de revisão de literatura, o perfil de pacientes com leucemia mieloide aguda; e, discutir os métodos da assistência de enfermagem na mieloide aguda.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi determinado o método de revisão de literatura, com pesquisa pautada em livros de referência, artigos e diversos materiais de cunho científico referentes à temática e disponíveis em bases de dados eletrônicas, com destaque para: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME – OPAS – OMS); Banco de Dados de Enfermagem (BDENF); e, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram usados como descritores: enfermagem; leucemia mieloide aguda; tratamento. Foram inclusas publicações produzidas em português, disponibilizadas integralmente nas bases de dados citadas e publicados nos últimos dez anos, ou seja, entre 2011 e 2021.

2. LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

A leucemia é um termo usado para indicar uma série de doenças malignas que envolvem a produção neoplásica descontrolada de células-tronco hematopoiéticas (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas) na medula óssea. As leucemias são comumente divididas em duas categorias principais: leucemias agudas e leucemias crônicas (PEREIRA *et al.*, 2015).

A diferença entre as duas categorias é a velocidade com que as células cancerosas são produzidas pelo corpo, de modo que nas leucemias agudas o início dos sintomas é muito mais rápido do que nas leucemias crônicas, cuja taxa de proliferação é muito mais lenta, pelo menos inicialmente (CALEGARI *et al.*, 2018).

A leucemia não é uma doença única, mas um conjunto de patologias malignas que se diferenciam com base na célula neoplásica hematopoiética envolvida, por isso, dependendo da linha de produção afetada pela doença, tem-se diferentes tipos de leucemias.

Fisiologicamente, as células-tronco hematopoiéticas que são produzidas pela medula óssea dão vida a duas grandes famílias de células maduras: a linhagem mieloide (glóbulos vermelhos, granulócitos, monócitos e plaquetas) e a linha linfóide (linfócitos). No início do desenvolvimento das células sanguíneas, as células-tronco começam a crescer para a linhagem de células linfóides ou para a linhagem de células mielóides. Em ambas as linhagens, as células-tronco se desenvolvem em blastos, que ainda são células imaturas (HOFFBRAND; MOSS, 2017).



As células-tronco mieloides tornam-se glóbulos vermelhos, plaquetas e outros tipos de glóbulos brancos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos e monócitos). Os glóbulos vermelhos transportam oxigênio para todos os tecidos do corpo. As plaquetas formam coágulos nos vasos sanguíneos danificados para parar o sangramento (PINHEIRO; SILVA, 2021).

As células progenitoras mieloides se desenvolvem em dois tipos diferentes de glóbulos brancos chamados granulócitos e monócitos. Esses glóbulos brancos destroem bactérias e outros invasores estranhos e ajudam a combater infecções (POLLOCK, 2006). A medula óssea é o local de produção de três variedades de células sanguíneas (HOFFBRAND; MOSS, 2017):

- a) Glóbulos vermelhos ou glóbulos vermelhos: graças à hemoglobina, eles trazem oxigênio para os tecidos do corpo. O nível de hemoglobina é o melhor reflexo da quantidade de glóbulos vermelhos no sangue. Normalmente é de 12 a 16 g/dl de sangue nas mulheres, 13 a 17 g/dl nos homens.
- b) Glóbulos brancos ou leucócitos: células necessárias para combater infecções. Seu número normal no sangue é de 4 a 10 x 10⁹/l, ou 4 a 10.000/mm³.
- c) Plaquetas: são necessárias para permitir a coagulação correta e evitar sangramentos. Seu número normal no sangue é de 150 a 400 x 10⁹/l, ou 150.000 a 400.000/mm³.

Ao correlacionar as duas classificações descritas (velocidade de produção e linha de produção), as quatro formas principais de leucemia são obtidas: a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA); a Leucemia Linfocítica Crônica (LLC); a Leucemia Mieloide Aguda (LMA); e, a Leucemia Mieloide Crônica (LMC). Na realidade, há também outros tipos, que são a Leucemia de Células Pilosas (LCP), responsável por 2% de todas as incidências de leucemia, é mais rara, e a Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), que corresponde de 10 a 15% das LMA (BONASSA; GATO, 2012).

A leucemia mieloide (também chamada de leucemia mieloblástica) começa em células-tronco mieloides anormais. As células-tronco mieloides normalmente se desenvolvem em glóbulos vermelhos, granulócitos, monócitos ou plaquetas. Os glóbulos vermelhos transportam oxigênio para todos os tecidos do corpo. Granulócitos e monócitos são tipos de glóbulos brancos que destroem bactérias e ajudam a combater infecções. As plaquetas formam coágulos no sangue para parar o sangramento (HOFFBRAND; MOSS, 2017).

A LMA é um câncer que afeta as células-tronco hematopoiéticas da medula óssea que não amadureceram. Ao proliferar, esses blastos substituem rapidamente o tecido hematopoiético normal, alterando assim a produção de células (glóbulos vermelhos, plaquetas, granulócitos) que entram na circulação e se espalham para outros órgãos, como linfonodos, fígado, baço, sistema nervoso central e testículos (SILVA, 2018).

A LMA está ligada à multiplicação descontrolada de blastos anormais que invadem a medula óssea, que pode deixar de exercer suas funções adequadamente e, em particular, garantir a produção de células sanguíneas normais, no processo chamado de insuficiência da medula óssea. As consequências são a ocorrência de anemia (diminuição de glóbulos vermelhos e hemoglobina) que leva a fadiga, palidez, falta de ar e palpitações (POLLOCK,

2006).

Dessa forma, a LMA é um câncer que começa nas células-tronco do sangue. No caso da leucemia, há uma superprodução de células blásticas. Essas células blásticas crescem anormalmente e não se tornam células sanguíneas maduras. Com o tempo, as células blásticas substituem as células sanguíneas normais, impedindo-as de fazer seu trabalho (SCHMIDT; HAHN, 2014).

Devido à diminuição de outros glóbulos brancos chamados neutrófilos (neutropenia), o corpo fica mais suscetível a infecções, especialmente infecções pulmonares. Por fim, o menor número de plaquetas (trombocitopenia) pode causar sangramento, principalmente nas mucosas (sangramentos nasais, gengivas) e na pele (hematomas ou “contusões” ao menor choque). O acúmulo de blastos na medula óssea, mas também em outros órgãos pode causar outros distúrbios: dor óssea, aumento do tamanho dos gânglios, baço, fígado, gengivas (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

Em casos raros, os blastos passam para o líquido cefalorraquidiano, que está localizado ao redor do cérebro e da medula espinhal, o que pode levar a danos nos nervos e meninges. A hiperproliferação também envolve o fígado e o baço e, nas formas agudas, também os gânglios linfáticos, meninges, gengivas e pele. Devido à sua gênese da medula óssea, a leucemia mais cedo ou mais tarde induz anemia, suscetibilidade a infecções e dificuldades de coagulação (BRASIL, 2014).

Todos esses sintomas e distúrbios não são sistemáticos. A LMA é uma doença que pode ocorrer em qualquer idade, mas apenas 25% dos casos são diagnosticados antes dos 25 anos. É especialmente após os 40 anos que a frequência da doença aumenta, sendo a idade média no momento do diagnóstico de 65 anos (SCHMIDT; HAHN, 2014).

A origem da LMA é na maioria das vezes desconhecida. A radiação ionizante e a exposição ao benzeno são reconhecidas como causas ocupacionais que podem ser responsáveis pela leucemia aguda. A quimioterapia e a radioterapia propostas para tratar outros cânceres também foram indicadas como possíveis causas. Por fim, a preexistência de outras doenças, principalmente da medula óssea (mielodisplasia), também predispõe à ocorrência de LMA. Esta doença não é contagiosa nem hereditária (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

Em casos graves, a anemia pode ser tão grave a ponto de induzir dispneia e até fatal, ou a morte pode ocorrer devido a uma infecção incontrolável ou hemorragia interna. O estadiamento de um tumor é baseado no tamanho do tumor principal, na taxa de proliferação e no grau de infiltração. Na LMA, não há formação de tumor e a expectativa de vida do paciente depende da aquisição de outras informações como o subtipo de LMA (determinado por exames laboratoriais), a idade do paciente e outros resultados de exames, como: hemograma completo com diferencial, mielograma, imunofenotipagem, testes genéticos, análise citogenética convencional, exame FISH (Hibridização Fluorescente in Situ) e teste molecular por PCR ou NGS (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

Conhecer o subtipo de LMA torna-se essencial para estender a expectativa de vida do paciente, oferecendo a melhor terapia disponível. Existem dois sistemas principais para classificar os subtipos de LMA: a Franco-Americana-Britânica (FAB), de 1976, e a da Or-



ganização Mundial de Saúde (OMS), de 2001 (BRASIL, 2011).

Em relação à classificação FAB, foi desenvolvida na década de 1970, por especialistas desses países que identificaram nove subtipos de LMA (M0 a M7) com base no tipo de células de origem da leucemia e na maturidade dessas células através de observação microscópica (BORTOLHEIRO, 2016): M0 (3%): LMA com diferenciação mínima; M1 (15-20%): LMA sem maturação; M2 (25-30%): LMA com maturação; M3 (5-10%): Leucemia promielocítica aguda (APL) é responsável por 10-15% de todos os casos de LMA); M4 (20%): Leucemia mielomonocítica aguda; M4 eos LMA com eosinofilia; M5 (2-9%) Leucemia monocítica aguda; M6 (3-5%): Eritroleucemia; M7 (3-12%): Leucemia megacariocítica aguda.

Todos os subtipos M0 a M5 se originam de formas imaturas de glóbulos brancos. M6 surge de formas extremamente imaturas de glóbulos vermelhos. M7 surge de formas imaturas de células que mais tarde se tornarão plaquetas. Quanto à classificação da OMS, partindo da proposta da classificação FAB, inicialmente apresentada em 2001, foi atualizada em 2016, também leva em consideração outros fatores além dos laboratoriais, até então desconhecidos, para tentar classificar melhor a doença. Este sistema divide o LMA em vários grupos (PINHEIRO; SILVA, 2021): LMA com certas anormalidades genéticas (variações genéticas ou cromossômicas); LMA com translocação entre os cromossomos 8 e 21; LMA com translocação ou inversão no cromossomo 16; LPA com gene de fusão PML-RARA (leucemia promielocítica - receptor de ácido retinóico alfa); LMA com translocação entre os cromossomos 9 e 11; LMA com translocação entre os cromossomos 6 e 9; LMA com translocação ou inversão no cromossomo 3; LMA (megacarioblástica) com translocação entre os cromossomos 1 e 22; LMA com gene de fusão BCR-ABL (Breakpoint Cluster Region - Abelson Leukemia Gene), que é uma sequência gênica anormal presente no cromossomo 22); LMA com mutação do gene NPM1; LMA com mutação bialélica do gene CEBPA; LMA com mutação do gene RUNX1; LMA com modificações relacionadas à mielodisplasia; LMA relacionada a quimioterapia ou tratamento de radiação anterior; LMA não especificado de outra forma (semelhante à classificação FAB); Sarcoma mieloide (também conhecido como sarcoma granulocítico ou cloroma); e, Proliferação mieloide relacionada à síndrome de Down.

Há ainda um grupo definido como leucemias biofenotípicas agudas e indiferenciadas, que não são realmente um tipo de LMA, mas são leucemias com características linfocíticas e mieloides (SCHMIDT; HAHN, 2014). Às vezes, são chamadas de leucemia aguda com fenótipo misto (MPALs). Juntamente com outros fatores de prognósticos específicos, identificar o subtipo de leucemia da forma mais correta possível ajuda o especialista a determinar o prognóstico do paciente e a determinar qual tratamento implementar e quão intensivo deve ser.

Alguns desses fatores prognósticos são: anormalidades cromossômicas; mutações genéticas; marcadores específicos em células de leucemia (proteína CD34 e / ou glicoproteína P - MDR1); contagem de leucócitos (>100.000/mm³ no momento do diagnóstico é um índice desfavorável); distúrbios hematológicos anteriores que levam a LMA; infecções; e, células de leucemia no sistema nervoso central (BORTOLHEIRO, 2016).

A esta lista são adicionados outros fatores de risco, como tabagismo, exposição a certos produtos químicos, por exemplo, benzeno e seus derivados, e outros fatores não modificáveis como ser do sexo masculino, ter mais de 60 anos e ter uma familiaridade

positiva. Mas, ainda não está claro quais são as reais causas que levam ao desenvolvimento da LMA e, atualmente, não há possibilidade real de prevenir o seu aparecimento na maioria dos casos (ANDRADE *et al.*, 2018).

Os sintomas da LMA são inespecíficos e bastante comuns, como fadiga, perda de apetite, febre prolongada, causando astenia e palidez (associada à anemia), aumento do número de infecções (associada à leucopenia) e sangramento frequente (falta de plaquetas). Normalmente o hemograma é alterado e o diagnóstico definitivo é feito somente após análise da medula óssea (punção aspirativa com agulha fina ou biópsia). Segundo os critérios ditados pela OMS, o diagnóstico de LMA é feito quando o percentual de blastos ultrapassa 5% em amostra de sangue periférico e / ou 20% em amostra de medula óssea.

3. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

A leucemia é mais comum na infância do que na idade adulta, e a leucemia aguda é responsável por mais de 25% de todos os cânceres pediátricos. As causas de início pediátrico geralmente estão relacionadas às anormalidades no DNA e síndromes genéticas. Já em pacientes adultos, existe uma forte ligação entre a exposição às doses massivas de radiação ionizante, substâncias como o benzeno e o formaldeído, e o aparecimento da doença. Entre os fatores de risco sobre os quais não é possível intervir, podem ser incluídos a idade avançada e o sexo masculino (TORTORA; DERRICKSON, 2017).

O número de doentes com câncer continua a aumentar, mas os vários tratamentos estão a mudar consideravelmente, reduzindo assim o número de mortes associadas a esta doença. A prevenção é uma ferramenta fundamental utilizada para reduzir o número de casos identificados (SOUZA *et al.*, 2017). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2021) a LMA é a leucemia aguda mais comum em adultos, com incidência de 7.370 casos em 2019, sendo 4.014 homens e 3.356 mulheres, e estimativa de incidência de 10.810 casos novos para 2021, sendo 5.920 homens e 4.890 mulheres.

O diagnóstico de LMA é baseado principalmente em um exame da medula óssea, o mielograma, realizado sob anestesia local e envolvendo a inserção de uma agulha oca em um osso, geralmente o esterno ou o íliaco. Uma pequena quantidade de medula é então aspirada, o que permite analisar as células, verificar se há presença de anormalidades, seus cromossomos e seus genes. Os resultados obtidos são decisivos para a escolha do tratamento (BRASIL, 2014).

Ao mesmo tempo, um hemograma completo com contagem diferencial, que permite quantificar as várias células sanguíneas e detectar as anomalias presentes pode ser utilizado. O esfregaço de sangue informa se há circulação de blastos, com ou sem bastonetes de Auer, no citoplasma. As células de leucemia são blastos mielóides com ou sem evidência de maturação se a coloração da mieloperoxidase for positiva ou se contiverem bastonetes de Auer. A presença de blastos positivos para esterase é um critério a favor de uma origem de monócitos (SANTOS *et al.*, 2017).

Os critérios diagnósticos baseiam-se na morfologia das células ao microscópio, na citoquímica (enzimas ativas no citoplasma da célula dando uma coloração específica), na

apresentação clínica, na imunofenotipização dos blastos por citometria de fluxo, na citogenética e na busca de determinados marcadores moleculares. O primeiro gesto diagnóstico é o exame em microscópico do sangue e da medula óssea por uma punção-aspiração completada por uma biópsia óssea ao nível do íliaco (EMADI; LAW, 2022).

Finalmente, uma análise do líquido cefalorraquidiano pode ser realizada em certos casos para procurar um possível comprometimento neurológico, em um procedimento que requer a realização de uma punção lombar, ou seja, uma punção entre duas vértebras da região lombar. Este exame também é realizado sob anestesia local (SOUZA *et al.*, 2018).

A imunofenotipização determina, por citometria de fluxo, a presença ou ausência de determinadas glicoproteínas na superfície da célula leucêmica ou em seu citoplasma. Esta técnica utiliza anticorpos monoclonais específicos para a linha proliferativa (mielóide, linfóide B ou T), o que permite determinar o estágio de diferenciação da célula, ou cluster de diferenciação (CD); por exemplo, CD33 representa uma molécula expressa precocemente durante maturação mielóide (LOPES, 2016).

O exame citogenético é importante para o diagnóstico, classificação e prognóstico. A citogenética inclui o cariótipo convencional que examina todos os cromossomos obtidos de células de leucemia metafásica. A cariotipagem por Hibridação *in situ* por Fluorescência (FISH) permite pesquisas mais direcionadas e não depende da divisão celular. Finalmente, a análise da Reação em Cadeia da Polimerase por Transcriptase Reversa (RT-PCR) procura marcadores cromossômicos específicos no nível molecular. As mutações são conhecidas por induzir uma vantagem proliferativa, enquanto outras bloqueiam a morte celular programada (apoptose) ou a diferenciação celular (REIS *et al.*, 2019).

O diagnóstico de LMA é feito se 20% ou mais de blastos mieloides forem encontrados na medula ou no sangue periférico ou se um tumor extramedular consistir em blastos mieloides. A definição de LLA é mais complexa. Os blastos que fazem parte do compartimento precursor linfóide definem as leucemias linfóides agudas, as células originárias de um linfócito B ou T maduro correspondem ao linfoma (SILVA, 2018).

A LLA se distingue do linfoma linfoblástico pelo grau de infiltração da medula óssea. O curso diagnóstico da leucemia vai desde a identificação de células blásticas até a confirmação da leucemia aguda, a determinação da linhagem afetada, a identificação de fatores prognósticos por cariótipo e análise molecular (ALMEIDA, 2015).

O manejo terapêutico da LMA é relativamente padronizado e válido para todas as formas de LMA, exceto leucemia promielocítica aguda. Com a descoberta dos mecanismos de leucemogênese da LMA promielocítica, induzida pela translocação entre o gene e o receptor retinóide RAL-alfa, o manejo dessa leucemia inclui a associação de um derivado da vitamina A ácido *all-trans*-retinoico (ATRA) e quimioterapia, com acentuada melhora na resposta ao tratamento e taxa de cura próxima a 70% (PIERRE, 2019).

Os mesmos princípios regem o tratamento da LLA, com exceção da LLA Ph⁺ (cromossomo Filadélfia), mas com outras combinações e outras sequências de quimioterápicos. Com relação à LLA Ph⁺, o tratamento combina o inibidor específico da tirosina quinase do produto do gene quimérico BCR/ABL resultante da translocação t(9;22, mesilato de imatinibe (Glivec), com quimioterapia, melhorando muito a taxa de remissão completa em

relação à quimioterapia sozinho.

Dada a complexidade e a duração do tratamento, uma ampla avaliação da situação do paciente deve ocorrer no momento do diagnóstico. Esses tratamentos são, portanto, geralmente confiados a centros especializados e equipados para tratar quaisquer complicações e a maioria dos pacientes está incluída em protocolos multicêntricos. A atitude no momento da internação, que na maioria das vezes é feita em caráter de emergência, deve visar prioritariamente estabelecer o diagnóstico, hidratar o paciente para proteger a função renal, prescrever agente hipouricêmico, tratar infecções e fornecer suporte transfusional (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Além disso, recomenda-se iniciar a profilaxia contra herpes e infecções fúngicas. A leucostase (bloqueio da microcirculação pelo alto número de blastos) é uma complicação específica da leucemia. Na presença de leucostase, a transfusão de hemácias deve ser evitada, para não aumentar a viscosidade sanguínea. Por outro lado, o tratamento pode levar à lise tumoral; esta última, geralmente maior na LLA do que na LMA, está associada a alterações metabólicas típicas (hipercalcemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia) e requer tratamento vigoroso (SANTOS *et al.*, 2019).

A quimioterapia continua sendo o tratamento de primeira escolha, embora em comparação com a LLA, a LMA responda aos menos medicamentos. O objetivo do tratamento quimioterápico é a rápida restauração da função normal da medula óssea (terapia de indução). O tratamento da LMA visa obter o desaparecimento dos blastos anormais, permitindo assim que a medula óssea normal reconstitua as populações de células sanguíneas (glóbulos brancos e vermelhos, plaquetas). Geralmente é organizado em três fases (POLLOCK, 2006): indução, consolidação (terapia pós-remissão) e manutenção.

A indução visa eliminar blastos no sangue e restaurar os da medula óssea aos níveis normais. A remissão completa é assim alcançada (menos de 5% de blastos na medula óssea). Este tratamento de quimioterapia dura de sete a dez dias. Seu objetivo é obter a remissão, ou seja, o desaparecimento dos sinais da doença; blastos anormais não são mais detectáveis na medula óssea e no sangue, a insuficiência da medula óssea é corrigida. Esse tratamento requer cerca de um mês de internação, tempo necessário para a medula óssea repor as células sanguíneas. Uma vez alcançada a remissão completa, os médicos sabem que um pequeno número de células anormais persiste na medula óssea. Outras etapas de processamento são então necessárias. A quimioterapia de indução combinando antraciclina, daunorrubicina e citosina arabinosídeo alcança remissão completa em 60 a 80% dos casos. Por vários anos, vários protocolos de pesquisa tentaram melhorar os resultados aumentando a dosagem ou adicionando outros medicamentos, mas não foi verificada sem diferença significativa na sobrevida a longo prazo. Qualquer aumento na resposta resultou em um aumento equivalente na toxicidade (MELO; GONÇALVES, 2016).

A consolidação visa fortalecer os resultados obtidos, eliminando até as últimas células cancerígenas remanescentes. Este tratamento visa manter a remissão. Envolve a administração de altas doses de quimioterapia. Vários ciclos de consolidação costumam ser necessários, justificando novas internações de duração variável. Após essa fase, a possibilidade de um transplante de medula óssea pode ser avaliada (INCA, 2021).

A doença residual (definida como não detectável pela microscopia convencional) pode



ser responsável por uma recaída nas próximas semanas ou meses se o tratamento não for continuado. A próxima fase do tratamento é chamada de tratamento de consolidação complementado, no caso da LLA, com um tratamento de manutenção com duração de dois anos. Em geral, os bloqueios de consolidação são de intensidade equivalente à do tratamento de indução e requerem internação de quatro a cinco semanas. O tratamento de manutenção pode ser realizado em regime ambulatorial (ANDRADE *et al.*, 2018).

Para pacientes de alto risco, a consolidação consiste em tratamento ainda mais intensivo, com o objetivo de erradicar a doença residual; esse tratamento causa aplasia permanente e exige resgate por transplante de células-tronco hematopoiéticas, autólogas ou alogênicas. Após a fase de consolidação ou transplante, segue-se a terceira fase, a manutenção, a qual envolve o uso de drogas citostáticas para prevenir o aparecimento e / ou crescimento de novas células leucêmicas. Este tipo de tratamento é proposto e adaptado de acordo com o risco de recidiva da leucemia e varia de um indivíduo para outro, a fim de obter remissão e recuperação prolongadas. Baseia-se em vários cursos de quimioterapia semelhantes ou idênticos aos administrados durante a consolidação, ou em um transplante de células-tronco hematopoiéticas (MELO; GONÇALVES, 2016).

Neste último caso, pode ser um transplante realizado de um doador (aloenxerto) ou graças a células-tronco do próprio paciente que são coletadas ao final do tratamento de consolidação (autoenxerto). As células-tronco são células da medula óssea (que também estão presentes no sangue placentário) a partir das quais todas as células sanguíneas são produzidas. A intensificação só pode ser considerada em pacientes com idade inferior a 60-70 anos, pois, além dessa idade, o organismo não é mais capaz de tolerar os efeitos adversos desse tipo de tratamento (HOFFBRAND; MOSS, 2017).

Tratamentos para a manutenção da remissão podem então ser propostos dependendo do caso. Os vários tratamentos oferecidos expõem você a efeitos indesejáveis, em particular a aplasia, ou seja, uma queda significativa em todas as células do sangue. Isso é transitório e dura de alguns dias a várias semanas. Durante este período, o paciente encontra-se indefeso contra infecções. A hospitalização em ambiente protegido é muitas vezes necessária. Informações específicas sobre outros efeitos adversos potenciais são fornecidas pelo médico antes do início de qualquer tratamento (BRASIL, 2014).

Nos protocolos modernos, os pacientes são estratificados de acordo com o risco relacionado ao cariótipo, mas também à corticosensibilidade e à quimiossensibilidade da doença. A indução é seguida por bloqueios de consolidação e a doença residual é usada para definir a intensidade do tratamento, escolhendo tratamento intensivo com transplante de células-tronco hematopoiéticas para pacientes de alto risco e continuação do tratamento quimioterápico para aqueles com alta probabilidade de cura apenas com quimioterapia (SOUZA *et al.*, 2018).

Se as células blásticas puderem ser reduzidas abaixo de 5%, com uma normalização da constituição do sangue periférico, fala-se de remissão completa. Deve-se perceber que, embora a remissão completa corresponda a uma redução na carga tumoral de 10¹² para 10⁹ células, não equivale a uma cura (PIERRE, 2019).

O transplante halogênico de células-tronco hematopoiéticas, de um doador HLA idêntico familiar ou não aparentado, é um tratamento padrão para pacientes com alto risco de

recorrência. É então realizado na primeira remissão completa. O transplante também é usado como tratamento de resgate em pacientes refratários ao tratamento de indução ou em pacientes de baixo risco em segunda remissão após uma recaída (REIS *et al.*, 2019).

O transplante autólogo depende da colheita de células-tronco autólogas durante a primeira remissão completa. É reservado para pacientes com LLA com risco muito alto de recidiva, por exemplo LLA Ph+ no caso de remissão molecular pré-transplante ou LMA de alto risco. O protocolo vigente recomenda quimioterapia isolada em pacientes com LMA de baixo risco e randomiza pacientes com LMA de risco intermediário entre quimioterapia de consolidação e autoenxerto. Embora a eficácia antileucêmica do transplante halogênico seja superior aos outros tratamentos, com a menor taxa de recidiva, as complicações relacionadas à rejeição reversa, ou seja, incompatibilidade enxerto versus hospedeiro, limitam a aplicação dessa tecnologia aos pacientes com risco de recaída relacionada à doença ou quando o risco de mortalidade é significativamente maior do que o risco do próprio tratamento (INCA, 2021).

Embora o transplante de medula óssea seja um dos tratamentos mais eficazes para a LMA, frequentemente ocorrem recaídas da doença, pois as células de leucemia demonstraram desenvolver estratégias pelas quais escapam do sistema imunológico. Embora não existam critérios prognósticos absolutos, a avaliação leva em consideração a idade, o modo de início da doença, a morfologia do blasto, o fenótipo e a citogenética e várias mutações genéticas.

A LMA tem pior prognóstico em indivíduos com mais de 60 anos de idade. Os casos de remissão variam de 50% a 85% dos casos, com uma sobrevida livre de doença em longo prazo em 20-40% dos casos, um aumento de sucesso de 40-50% em pacientes mais jovens tratados com quimioterapia intensiva ou células-tronco transplante. Pesquisas estão em andamento com novas categorias de medicamentos, como inibidores da tirosina quinase (anti FLT3) e anticorpos monoclonais dirigidos contra moléculas de superfície (CD33), cujo uso parece melhorar o prognóstico da doença (INCA, 2020).

A toxicidade do tratamento da leucemia aguda pode ser considerável. Enquanto um dos objetivos do tratamento de um tumor sólido é, na medida do possível, preservar a função da medula óssea, na leucemia é precisamente essa medula óssea que é afetada. Qualquer quimioterapia tem uma ação que leva a uma parada temporária da função medular. A aplasia coloca o paciente em risco de infecções bacterianas e fúngicas, principalmente porque a função dos granulócitos já está comprometida pela doença. Altas doses de substâncias citotóxicas causam mucosite, enquanto a quebra da barreira gastrointestinal, juntamente com a ausência de função imune inata, explica o risco muito alto de infecção (MELO; GONÇALVES, 2016).

A sobrevida livre de recidiva após o transplante é de 50 a 65%. Os resultados do transplante após uma primeira recorrência são muito piores, em torno de 10 a 35%, razão pela qual a proposta de transplante ocorre precocemente no curso da doença. A maioria dos pacientes com LMA não sobrevive além de cinco anos. A mortalidade é função da toxicidade do tratamento de indução, resistência primária sem obtenção de remissão completa e recidiva da leucemia.

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA MIELOIDE AGUDA

O tratamento da leucemia pode durar vários meses ou anos, e dada a sua longa duração é imprescindível que o paciente seja acolhido e cuidado por uma equipe multiprofissional que deve partilhar com ele todo o percurso terapêutico, garantindo a sua capacitação para entender e se comprometer com o tratamento (PINHEIRO; SILVA, 2021).

O atendimento de pacientes oncológicos pode ser feito em locais especializados, como centros oncológicos, ou em estruturas hospitalares, públicas ou privadas. Quer trabalhem em ambiente hospitalar ou no setor liberal, os enfermeiros são atores importantes no cuidado dos pacientes em oncologia, ocupando um lugar crucial ao longo da jornada do paciente em seus cuidados e, em seguida, tornam-se um suporte para acompanhamento dos pacientes e de suas famílias (PIERRE, 2019).

Nesse contexto, o papel do enfermeiro é fundamental tanto do ponto de vista clínico quanto psicológico / emocional, pois em certo sentido deve atuar como um suporte para o paciente, que desanimado pelos efeitos colaterais, poderia suspender a terapia anulando sua eficácia. A assistência de enfermagem em hematologia está em evolução, com modelos validados cientificamente para garantir um suporte direcionado, eficaz e eficiente aos pacientes com doenças hematológicas. A enfermagem também é fundamental no controle dos efeitos colaterais dos tratamentos, que podem afetar fortemente a confiança do paciente na adesão e resultados das terapêuticas. Para que isso não aconteça, a colaboração e a confiança mútuas entre paciente e profissionais de saúde devem ser estabelecidas (PINHEIRO; SILVA, 2021).

Assim que o diagnóstico for anunciado, o papel do enfermeiro será acompanhar o paciente e estar presente nas diversas etapas do cuidado: hospitalizações, implementação e acompanhamento do tratamento, assim como prestando apoio nos momentos de dúvida, como perda do impulso vital, alteração da imagem corporal, cansaço intenso, dificuldades nas relações familiares, etc (REIS *et al.*, 2019).

A gestão global do paciente e a sua entrada no programa de cuidados começa, portanto, com o anúncio do diagnóstico que é feito primeiro pelo médico e assumido pela enfermagem. Este momento não pode ser banalizado e é um elemento importante que condiciona a relação de confiança entre o doente e o cuidador, tão importante neste contexto (SOUZA *et al.*, 2017).

Após o desenvolvimento do plano de tratamento (protocolo) o paciente deve ser internado para as primeiras etapas de seu tratamento (quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, cirurgia, etc.), mas também deve receber informações sobre o tratamento a ser seguido, suas características e efeitos colaterais durante estes primeiros momentos com o serviço hospitalar (LOPES, 2016).

Por meio de sua experiência e de sua prática, a enfermagem pode explicar ao paciente as condutas a serem tomadas para melhor lidar com os tratamentos propostos e seus principais efeitos colaterais. Deve considerar cada paciente como único tanto em termos da abordagem psicológica quanto pessoal e identificar claramente seus diferentes recursos, seja material, psicológico, familiar ou financeiro, os quais podem permitir ao paciente enfrentar a doença e sua evolução com maior ou melhor conforto e a acesso aos

tratamentos (EMADI; LAW, 2022).

Durante as diversas internações do paciente, o enfermeiro e os diferentes atores do cuidado (oncologista, clínico geral, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, etc.) pode observar e analisar a evolução do paciente em relação ao progresso de sua doença (ALMEIDA, 2015).

Essa multiprofissionalidade pode atenuar a ansiedade do paciente e promover a passagem de informações importantes para permitir um atendimento de qualidade ao paciente e sua rede de apoio (família, cuidadores). Essa transmissão de informações é essencial para atualizar o conhecimento sobre a evolução do paciente tanto para os atores hospitalares quanto extra-hospitalares. Esse cuidado multiprofissional coloca o paciente no centro de seu cuidado, mas também permite que ele, se assim o desejar, se torne um ator. Isso também permite que cada um dos atores de cuidados perceba seu papel de forma diferente e única. Mesmo que o manejo do câncer responda aos protocolos terapêuticos generalizados, cada tratamento é diferente. As situações de cuidado que a enfermagem é responsável e a forma como o paciente pode vivenciá-las serão diferentes, pois ocorrem em momentos diferentes, com pessoas distintas e em contexto diverso (MEDEIROS *et al.*, 2016).

É essa singularidade do cuidado que demanda de apoio do enfermeiro ao paciente. Essa abordagem assistencial nos inexoravelmente desse percurso de cuidado vivenciado pelo paciente e orientado pelos diversos profissionais de saúde. O cuidador pode assim, dependendo do momento, iluminar o caminho do paciente para o futuro e considerar os seus vários pedidos para tentar responder-lhes da melhor forma possível (ALMEIDA, 2015).

O papel do enfermeiro envolve também o apoio à família e entes queridos do paciente em oncologia. Alguns pacientes não têm escolha a não ser passar por seus cuidados sozinhos, tornando o cotidiano às vezes muito difícil. Para quem está acompanhado de familiares, a perspectiva é bem diferente, pois essas pessoas podem participar do plano de cuidado ou programa de atendimento personalizado do paciente e, como tal, tornam-se atores importantes na rede de cuidado ao redor do paciente (SILVA, 2018).

Às vezes, até mesmo esses acompanhantes permanecem com o paciente até o final de sua vida e, assim, permitem que morra nas condições esperadas de conforto e dignidade. A pessoa amada está nestes momentos sujeita a uma importante carga emocional. Os enfermeiros devem se preparar para esse momento e cercar o paciente da melhor forma possível e, então, oferecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares (MELO; GONÇALVES, 2016).

Qualquer tipo de leucemia, incluindo a LMA, como todas as patologias oncológicas, atinge fortemente o paciente a nível emocional, muitas vezes produzindo reações de rejeição e negação, por isso o profissional de saúde deve garantir à pessoa uma abordagem empática e uma escuta ativa eficaz, necessária para conquistar a confiança do paciente e estabelecer o contrato terapêutico o mais rápido possível. O cuidado ao paciente oncológico e o papel da enfermagem neste cuidado são muitas vezes condicionados pelos locais de atendimento ofertados, pelos diferentes tipos de tratamento oferecidos e pelas diferentes trajetórias assistenciais disponibilizadas. No entanto, uma constante permanece para o

enfermeiro oncológico, a necessidade de prestar ao paciente um cuidado único.

Cada paciente e cada cuidado do enfermeiro é singular e os momentos de partilha e emoções durante o atendimento permitem à enfermagem definir o seu plano de cuidados graças a uma visão holística do paciente. Através de uma abordagem de cuidado e empatia, esse profissional encontra uma prática fundamentada em evidências científicas e em protocolos adequados que podem ressignificar a sua prática (ANDRADE *et al.*, 2018).

4.1 Tratamento paliativo em ambiente domiciliar

Durante uma situação paliativa, vários aspectos da vida são afetados. De fato, a visão de uma vida cheia de futuro, projetos, sem muitas preocupações é perturbada pelo anúncio do diagnóstico de uma doença incurável como o câncer avançado. Os avanços da medicina e a visão humana no cuidado contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer (SANT'ANNA, 2020).

Os pacientes são então confrontados com várias opções terapêuticas, que muitas vezes têm repercussões tanto a nível pessoal como a nível familiar. Como resultado, quando uma pessoa está no final da vida, ela é incentivada a se envolver totalmente em seus cuidados, afirmando seus desejos, perspectivas e necessidades. Existem algumas maneiras de compartilhar isso, como diretivas antecipadas ou planejamento antecipado do projeto terapêutico, que permitem destacar os desejos da pessoa para o cuidador e a família (SANTOS *et al.*, 2017).

Um ser humano no final da vida experimenta sofrimento físico e psicológico. Ele carrega dentro de si, seu passado, suas experiências de vida, suas memórias e seus desejos futuros que serão potencialmente impactados pelo anúncio de uma doença incurável. O fim da vida vai evidenciar o que a pessoa é e o como reage diante dessa situação. Consequentemente, quando um diagnóstico é anunciado, a dignidade pode ser comprometida pelo medo de morrer que vincula à perda da esperança, o sofrimento e a perda da dignidade que vincula uma forma de autodeterminação aniquilada. A pessoa fica, portanto, vulnerável à doença porque seu "mundo" se desestabiliza (PIERRE, 2019)

O papel do enfermeiro é importante nos cuidados paliativos e nos procedimentos relacionados às diretivas antecipadas de vontade. Deve trazer em seu acompanhamento dimensões como ética, crenças e respeito, ao mesmo tempo em que permite que a autonomia do paciente seja mantida. O fazer da enfermagem deve levar em conta a não maleficência, a beneficência e os aspectos legais, mesmo que certas escolhas do paciente não sejam aquelas que os profissionais de saúde teriam feito (SANTOS *et al.*, 2019).

Em conexão com as necessidades do paciente, vêm então as escolhas terapêuticas. A pessoa pode defini-los durante uma discussão quanto aos cuidadores como: alimentação invasiva ou não invasiva, reanimação, dor e alívio dos sintomas associados à doença. Decisões, escolhas e necessidades revelam o aspecto da dignidade humana, o respeito e a aceitação de um ser unitário a ser cuidado com suas particularidades. Para que os cuidados paliativos no domicílio sejam possíveis, os profissionais de saúde, os cuidadores e os recursos especializados são chamados a intervir junto ao doente e, por conseguinte, à

enfermagem cabe o papel de coordenar esse protocolo de cuidados paliativos no domicílio (ANDRADE *et al.*, 2018).

Os cuidados paliativos no domicílio envolvem necessariamente a coordenação de vários prestadores de cuidados, muitas vezes supervisionado pelo clínico geral ou enfermeiro particular. A constituição de uma equipe em contato regular simplifica o apoio ao paciente e contribui em muito para quebrar o isolamento dos profissionais de saúde que intervêm junto do doente. Não é possível segurar o custo de um fim de vida sozinho em casa; dependendo da especialidade, cada profissional tem um papel a desempenhar e divide as incumbências para facilitar os cuidados paliativos gerais, apoiados por todos. Uma equipe multidisciplinar unida é criada em torno do paciente, dependendo do contexto, que é, portanto, necessariamente único e, inquestionavelmente, permite enfrentar situações por vezes complexas.

Além disso, questões éticas e morais, inerentes ao serviço de cuidados paliativos no domicílio, podem ser abordadas durante esses encontros, para maior serenidade. Do mesmo modo, continua a ser interessante reavaliar regularmente o plano de cuidados, em colaboração com o doente e familiares, de acordo com as suas necessidades. Isso só pode ser feito através de reuniões em grupo, mesmo tendo o prontuário atualizado a cada intervenção (PIERRE, 2019).

O tratamento paliativo da leucemia aguda consiste em garantir a qualidade de vida do paciente em casa pelo maior tempo possível. O objetivo então já não é mais eliminar a doença, porém torna-se aliviar seus sintomas. Para atingir esse objetivo, a falência da medula óssea é compensada por transfusões de hemácias e/ou plaquetas. Dependendo das necessidades, as infecções são combatidas com tratamentos antibióticos e/ou antifúngicos (SILVA, 2018).

O papel da enfermagem é, então, ser um caminho, um facilitador durante essa passagem para levar a pessoa a descobrir seus recursos diante de seu fim de vida. A dignidade não se resume a acolher e conviver com a pessoa doente, mas também a acompanhar os seus entes queridos e oferecer-lhes semelhante dignidade. De fato, com o aprimoramento e o avanço da medicina e a autodeterminação, cada vez mais pessoas querem morrer em casa, o que vincula seu apoio aos que as cercam (SOUZA *et al.*, 2018).

Por isso, o suporte de fim de vida em casa também é muitas vezes feito com a assistência de um serviço de home care ou hospitalização em casa. O home care depende de uma estrutura hospitalar e é recomendado pelo médico que tem a responsabilidade pelo atendimento. Este serviço pode ser recomendado nos seguintes casos: vários cuidados são necessários; várias dificuldades são encontradas na organização do cuidado; medicamentos reservados para uso hospitalar são prescritos; uma linha direta é essencial para o atendimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leucemia é qualificada como o aumento desregrado de células sanguíneas, tanto linfóides quanto mielóides, porém, a ênfase dessa pesquisa residiu nesta última. Ocorre pela mutação de células, que se desdobra como a inviabilidade de maturação pelas células precursoras, no sangue isso se propaga com o surgimento de blastos ou formas imaturas que substituem paulatinamente o tecido hematopoiético padrão, dessa forma ocasionando uma redução das três séries hematopoiéticas. A LMA é uma das doenças neoplásicas sanguíneas mais comuns em adultos, cuja incidência está aumentando, sendo observada quando há proliferação de células imaturas.

O paciente oncológico traz consigo inúmeras questões de gestão no que diz respeito às terapias (muitas vezes muito articuladas e complexas), bem como à abordagem do tratamento domiciliar. O paciente em estágio avançado da doença é muitas vezes acamado com todos os problemas que isso acarreta, por exemplo, úlceras de pressão, difíceis de curar e muito dolorosas.

O enfermeiro torna-se assim uma figura indispensável e de grande ajuda no apoio e tratamento do paciente e à sua família. A eficácia e a qualidade percebida pelo paciente em relação à assistência recebida e sua consequente aceitação dependem muito da relação que se estabelece entre o doente e o enfermeiro. Falar da relação enfermeiro-paciente significa analisar um processo dinâmico com características bem definidas; é certamente uma relação de cuidado, pois há um contato constante entre dois sujeitos, sendo um deles, o enfermeiro, que tem a prerrogativa de apoiar e facilitar o outro.

O aspecto psicológico também se torna importante. A assistência de enfermagem ao paciente com leucemia abrange vários aspectos do sofrimento desta doença. A nível imunológico, respeitar a higiene rigorosa e evitar o risco de infecção; no nível digestivo, monitorar dieta e peso; no nível musculoesquelético, alternam períodos de atividade e descanso que aliviam a dor; ao nível circulatório, controlam o nível de hidratação e facilitam a circulação; e a nível estético, informar o paciente sobre a evolução da doença e cuidar da aparência física para evitar estados de angústia ou depressão.

Conclui-se que ao profissional de enfermagem resta primar e, acima de tudo, atingir os objetivos que um cuidado de enfermagem holístico e humanizado deve ser pautado, significa ter dedicado ao paciente o máximo de recursos profissionais, assim como toda a equipe, bem como desenvolver a consciência humana e profissional profunda de sua responsabilidade de assistir à pessoa doente de forma integral e constante em toda a sua esfera física, mas também psicológica e emocional.

Referências

ALMEIDA, S. C. **Leucemia promielocítica aguda: clínica, diagnóstico e abordagem terapêutica**. 2015. 95f. Tese (Mestrado - Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

ANDRADE, F. M. *et al.* Perfil hematológico e qualidade de vida de crianças submetidas a quimioterapia anti-neoplásica. **Revista Temas em Saúde**. João Pessoa, v.18, n. 2, p. 260 - 288, 2018.

- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2012.
- BORTOLHEIRO, T. C. Classificações morfológicas das síndromes mielodisplásicas: da classificação Franco-Americana-Britânica (FAB) à classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia** [online]. v. 28, n. 3, p. 194-197, 2016. Disponível em: <https://www>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 705, de 12 de agosto de 2014**. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas da Leucemia Mieloide Aguda do Adulto. Brasília: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
- CALEGARI, I. B. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes oncohematológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 7, n. 3, p. 102-115, out.-dez 2018.
- EMADI, A.; LAW, J. Y. **Manual MDS**. Leucemia mieloide aguda (LMA). Merck Sharp & Dohme Corp. [online] 2022.
- HOFFBRAND, V.; MOSS, P. A. H. **Fundamentos em Hematologia de Hoffbrand**. 7ª ed, São Paulo: Art-med, 2017.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Tipos de câncer. Leucemia**. [online] 20/08/2021
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2021: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
- LOGGETO, S. R *et al.* **Oncologia para o pediatra**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- LOPES, M. R. **Caracterização das células estromais mesenquimais derivadas de medula óssea de pacientes com síndromes mielodisplásicas e leucemia mieloide aguda e o estudo da biologia da interleucina-32 no microambiente medular**. 2016. 159f. Tese (Doutorado - Enfermagem). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2016.
- MEDEIROS, J. W. T. *et al.* Modelo de plano terapêutico paraprotocolo de indução de leucemiamielóide aguda não-promielocítica. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** São Paulo v.7 n.1 45-51 jan./mar. 2016.
- MELO, B. da S. L.; GONÇALVES, D. da S. S. Atuação do enfermeiro no tratamento da leucemia mielóide crônica. **Revista Transformar**, v. 9, p. 129-140, 2016.
- PEREIRA, Á. A. C. *et al.* Acessibilidade de pessoas com leucemia: subsídios para intervenção de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(Supl. 10):1493-9, dez., 2015.
- PIERRE, S. S. **Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda no Estado do Amazonas tratados no HEMOAM**. 2019. 2014f. Dissertação (Mestrado - Ciências Aplicadas à Hematologia). Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, 2019.
- PINHEIRO, A. C. A.; SILVA, C. S. Os cuidados de enfermagem aos pacientes com leucemia nas emergências e unidades de cuidados intensivos. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 9, n. 9, p. 16-23, jul./dez. 2021.
- POLLOCK, R. E. **Manual de Oncologia Clínica**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.
- REIS, A. L. O. *et al.* Expressão do gene híbrido BCR-ABL resultante da translocação entre os cromossomos 9 e 22 na ocorrência da leucemia mielóide crônica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.26, n.1, p. 35-41. Mar – Mai, 2019
- SANTOS, M. M. F. dos *et al.* Leucemia mieloide, aguda e crônica: diagnósticos e possíveis tratamentos. **Revista Saúde em Foco**. V. 11, p. 279-294. 2019.
- SANTOS, R. D. O. *et al.* O processo de enfermagem na assistência ao paciente portador de leucemia. In: **International Nursing Congress**, Belo Horizonte/MG, May 9-12, 2017.
- SCHMIDT, A. M.; HAHN, G. V. Qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 6, n. 3, 2014.

SILVA, A. M. **Diagnóstico de leucemias agudas através da espectroscopia raman e análise discriminante pelos mínimos quadrados parciais**. 2018, 105f. Tese (Doutorado - Engenharia Biomédica). Universidade Anhembi Morumbi. São José dos Campos/SP, 2018.

SOUZA, A. D. *et al.* Sistematização do processo de criação de definições formais em ontologias biomédicas: uma investigação no domínio das leucemias mieloides agudas. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 20, n. 4, p. 219, 2018.

SOUZA, A. L. T. *et al.* Contribuições da enfermagem na assistência a paciente com Leucemia Linfoblástica Aguda. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 6, p. 323-331, 2017.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CAPÍTULO 8

A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM AOS PORTADORES DA ANEMIA FALCIFORME

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH SICKLE CELL ANEMIA

Eduardo Silva Amorim¹

Brenda Danielly Fernandes Santos²

Vanessa Laís Costa²

1 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A anemia falciforme tem curso clínico heterogêneo, com variabilidade de sintomas entre os indivíduos. A doença apresenta características clínicas complexas que podem ser modificadas pela idade, sexo, fatores genéticos, hematológicos e ambientais. Esta pesquisa de cunho bibliográfico, foi realizada na forma de revisão de literatura, tendo como principais autores contribuintes: Bain (2016), Brasil (2009; 2010; 2012; 2015), Castilho, Pellegrino Junior e Reid (2015), Hoffbrand (2017), dentre outros, além de trabalhos acadêmicos e científicos, tipo teses, dissertações e artigos. Teve como objetivo principal demonstrar, à luz da literatura, o papel do enfermeiro nos cuidados aos pacientes com anemia falciforme. O texto dissertativo caracterizou a anemia falciforme, descrevendo a evolução da doença e os processos diagnósticos e terapêuticos da anemia falciforme, ao mesmo tempo em que destacou a importância e as formas de intervenção da enfermagem no acompanhamento desses pacientes, destacando os cuidados com gestantes falciformes, que são consideradas pacientes de risco. Conclui-se assim que os profissionais de enfermagem assumem um papel relevante na educação em saúde e nos cuidados, devendo pautar o planejamento de suas ações em bases científicas, sobretudo considerando as possibilidades terapêuticas disponíveis e a sua eficácia, visando reduzir o nível de sofrimento físico, mental e social infligido pela enfermidade, para promover um prognóstico positivo e destacando a importância do diagnóstico precoce.

Palavras chave: Anemia Falciforme; Diagnóstico; Enfermagem; Educação em Saúde.

Abstract

Sickle cell anemia has a heterogeneous clinical course, with variability of symptoms among individuals. The disease has complex clinical features that can be modified by age, sex, genetic, hematological and environmental factors. This bibliographic research was carried out in the form of a literature review, with the main contributing authors: Bain (2016), Brasil (2009; 2010; 2012; 2015), Castilho, Pellegrino Junior and Reid (2015), Hoffbrand (2017)), among others, in addition to academic and scientific works, such as theses, dissertations and articles. Its main objective was to demonstrate, in the light of the literature, the role of nurses in caring for patients with sickle cell anemia. The dissertation text characterized sickle cell anemia, describing the evolution of the disease and the diagnostic and therapeutic processes of sickle cell anemia, while highlighting the importance and forms of nursing intervention in the follow-up of these patients, highlighting the care with sickle cell pregnant women, who are considered at-risk patients. It is concluded that nursing professionals play an important role in health education and care, and should guide the planning of their actions on scientific bases, especially considering the therapeutic possibilities available and their effectiveness, aiming to reduce the level of physical suffering, , mental and social inflicted by the disease, to promote a positive prognosis and highlighting the importance of early diagnosis.

Key-words: Sickle Cell Anemia; Diagnosis; Nursing; Health Education.

1. INTRODUÇÃO

Anemia falciforme é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice. Essas células têm sua membrana alterada e rompem-se mais facilmente, causando anemia. Tal mudança na estrutura das hemácias resulta em uma grande dificuldade do sangue transportar oxigênio por todas as partes do organismo, causando assim as fortes crises de dores pela falta de oxigenação no sangue.

Pode ocorrer a anemia falciforme quando se herda a alteração genética de ambos os pais ou o traço falciforme, quando se herda a alteração de apenas um deles. As manifestações clínicas em todo o organismo decorrem da alteração na forma dos glóbulos vermelhos, que adquirem a forma de foice e levam a fenômenos vaso-oclusivos, ou seja, promovem alteração no fluxo sanguíneo normal. Portanto compreende-se, que é necessário um acompanhamento adequado para obter um diagnóstico precoce, para um tratamento apropriado para essa patologia de modo a amenizar a sintomatologia.

Os cuidados preventivos e curativos (antibióticos, transfusões de sangue) melhoraram dramaticamente o prognóstico desta doença. Como em todas as doenças crônicas, o enfermeiro faz parte do atendimento multiprofissional ao paciente falciforme no que se refere à educação terapêutica, aplicação de protocolos assistenciais, avaliação da qualidade de vida do paciente.

Entre as doenças graves da hemoglobina, a anemia falciforme é a forma mais comum. Doença hereditária, ou seja, transmitida pelos pais e presente desde o nascimento, também é uma doença crônica, portanto, uma doença que acompanha o paciente por toda a vida, mesmo que tratada precocemente.

Possui grande incidência na população brasileira, devido à grande miscigenação racial, sendo dominante entre negros e pardos e com grande ocorrência nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. A presente pesquisa se justifica com base na importância da educação e cuidados prestados pelo enfermeiro aos portadores de traços e anemia falciforme, especialmente pela alta prevalência no país.

Esta temática pretende explicar a necessidade da importância dos cuidados prestado pela enfermagem desde o diagnóstico até o tratamento da anemia falciforme, para que a adesão do paciente seja efetiva e para que siga o tratamento de forma consciente e segura, evitando ao máximo o agravamento da doença.

O estudo possibilita a revisões quanto as formas de diagnóstico e tratamentos, ao mesmo tempo em que visa rever as ações prestadas pelo enfermeiro, com ênfase na educação em saúde, de modo que não sejam negligenciados os cuidados prestados ao paciente, dando assim uma melhor qualidade de vida para o portador da doença.

A longo prazo, a doença falciforme pode ser acompanhada por doenças vasculares, necrose óssea, danos renais ou úlceras nas pernas. Portanto conhecer as características, modo de diagnóstico e tratamento, é essencial para promover o tratamento adequado,



inclusive as orientações quantos as necessidades de adaptação do tratamento durante a evolução da doença. Diante desse contexto, questiona-se: Quais as contribuições do enfermeiro nos cuidados aos paciente portadores da doença anemia falciforme?

Visando obter o conhecimento necessário para responder essa questão, foi definido como objetivo geral dessa pesquisa demonstrar o papel do enfermeiro nos cuidados aos pacientes com anemia falciforme. Quanto aos objetivos específicos, foram delimitados: conceituar anemia falciforme; discorrer sobre a importância do diagnóstico, consequências das complicações e terapia medicamentosa da anemia falciforme; e, entender a importância do profissional enfermeiro na assistência prestada aos pacientes diagnosticados com anemia falciforme.

Para a realização deste trabalho, foi utilizado o método de pesquisa bibliográfico, tipo revisão de literatura, com uma abordagem qualitativa. Foram analisados artigos científicos e acadêmicos produzidos entre 2011 a 2021, nos bancos de dados online: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Base de Dados da Enfermagem (BDENF); e, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo usados os descritores em saúde: anemia falciforme, enfermagem, diagnóstico, tratamento. Como autores básicos, contribuíram para essa pesquisa, os saberes de: Bain (2016); Castilho, Pellegrino Junior e Reid (2015); Brasil (2012) e Hoffbrand (2017) dentre outros.

O trabalho é constituído por quatro capítulos, além dessa introdução. O referencial teórico, contempla em seu primeiro capítulo caracteriza a anemia falciforme, sua etiologia e fisiopatologia. O segundo capítulo apresenta as formas de diagnóstico, consequências das complicações da doença e terapia medicamentosa. O terceiro capítulo demonstra o papel da enfermagem na assistência prestada aos pacientes diagnosticados com anemia falciforme..

2. ANEMIA FALCIFORME

A hemoglobina é uma proteína essencial para a função respiratória, uma vez que permite o transporte de oxigênio assim como participa da eliminação do dióxido de carbono, ou seja, trabalha efetivamente nas trocas gasosas. Sua principal função é transportar oxigênio dos pulmões para os órgãos, músculos e todos os tecidos através da circulação arterial. A hemoglobina é o carreador por excelência, utilizado na respiração celular aeróbica, que, por meio do metabolismo, fornece energia para os processos biológicos essenciais (WILKE, 2016).

É produzida na medula óssea, sendo responsável pela cor vermelha do sangue, sendo composta por duas proteínas, conhecidas como alfa-globulina e beta-globulina. Após a degradação dos glóbulos vermelhos, parte da hemoglobina é transformada por várias reações em bilirrubina, um composto que dá à urina sua cor amarela, e estercobilina, que dá às fezes sua cor marrom.

A hemoglobina, comumente simbolizada Hb, às vezes Hgb é um pigmento respiratório, da família molecular das metaloproteínas, no caso contendo ferro (Fe) presente

principalmente no sangue dos vertebrados, em seus glóbulos vermelhos e nos tecidos de alguns invertebrados. Sua função é transportar oxigênio (O_2) do sistema respiratório (pulmões, guelras) para o resto do corpo (HOFFBRAND, 2017).

No ser humano, a hemoglobina é uma proteína tetramérica de estrutura globular, presente nas hemácias, composta por quatro subunidades iguais, duas a duas, cada uma consistindo em uma cadeia polipeptídica (α ou β) e um grupo heme, ou seja, uma molécula não proteica contendo ferro à qual uma molécula de O_2 pode se ligar. Cada subunidade da estrutura tetramérica da hemoglobina é denominada globina; é composta por 2 globinas chamadas alfa e duas globinas chamadas beta, mantidas juntas por ligações particularmente fortes. Cada globina possui em seu interior um grupo protético heme, um complexo químico não proteico que contém um átomo de ferro, responsável pela ligação com o oxigênio.

A hemoglobina é enriquecida com oxigênio à medida que passa pelos capilares pulmonares e, posteriormente, por meio do funcionamento do coração e do fluxo sanguíneo, é distribuída por todos os tecidos do corpo. Assim que o oxigênio é transferido para os órgãos, a hemoglobina se liga ao dióxido de carbono, um dos principais resíduos do metabolismo, cuidando do transporte até os pulmões pela circulação venosa. Nos pulmões, a hemoglobina libera dióxido de carbono, que será expelido com a expiração; ela é carregada com oxigênio novamente e o ciclo reinicia. Quando a hemoglobina se liga ao oxigênio, é chamada de oximioglobina (HbO_2), enquanto, quando se liga ao dióxido de carbono, é definida como carboxihemoglobina ($HbCO_2$).

Existe em várias formas, em particular a hemoglobina A (HbA), que representa aproximadamente 95% das moléculas de hemoglobina em adultos saudáveis, consistindo em duas cadeias α e duas cadeias β ; há também uma hemoglobina A 2 (HbA_2) de fórmula $\alpha_2 \delta_2$, e a Hemoglobina Fetal (HbF) de fórmula $\alpha_2 \gamma_2$ que persiste após o nascimento e é gradualmente substituída pela hemoglobina A1 nos meses seguintes. Cada um dos quatro canais está associado a um grupo protético denominado heme e consiste em um cátion de ferro complexado com uma porfirina. A hemoglobina é, portanto, uma hemoproteína (BAIN, 2016). Essas hemoglobinas têm uma estrutura quaternária diferente (Figura 1), mas geralmente desempenham a mesma função, embora tenham díspares afinidades pelo oxigênio.

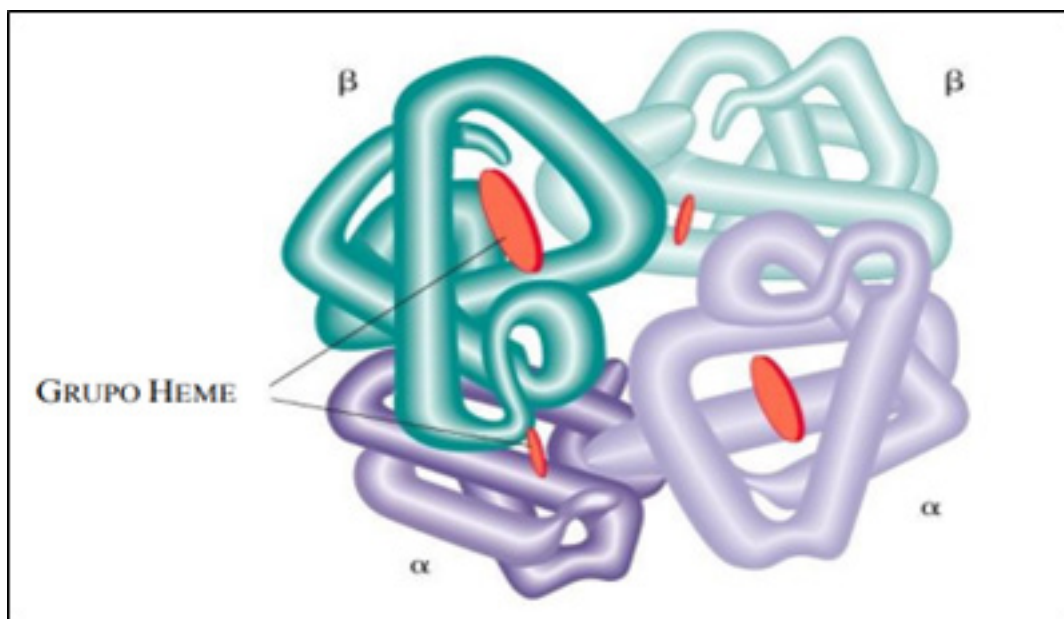


Figura 1 – Estrutura quaternária da Hemoglobina
 Fonte: Teixeira (2014)

A hemoglobina embrionária e a hemoglobina fetal não devem estar presentes no adulto, exceto em pequenas quantidades; a sua presença massiva é de fato considerada um indício de patologia e por isso merecedora de investigações diagnósticas hematológicas especializadas (BRIAN, 2016). Os valores normais de hemoglobina dependem estritamente da idade e do sexo do sujeito (ROSENFELD et al., 2019). Os intervalos de referência médios para cada grupo de pacientes individuais são mostrados na Tabela 1.

Categoria de pacientes	Valores de referência
Bebês	17-22 g / dl
Recém-nascidos (uma semana de idade)	15-20 g / dl
Bebês (um mês de idade)	11-15 g / dl
Crianças	11-13 g / dl
Homens adultos (18 a 59 anos)	14-18 g / dl
Mulheres adultas (18 a 59 anos)	12-16 g / dl
Homens idosos (60 anos ou mais)	12,4-14,9 g / dl
Mulheres idosas (60 anos ou mais)	11,7-13,8 g / dl

Tabela 1 – Valores de referência médios normais de hemoglobina
 Fonte: Adaptado de Rosenfeld et al. (2019)

No entanto, é necessário destacar que esses limites apontados na Tabela 1 podem variar ligeiramente de um laboratório analítico para outro. Por esse motivo, os intervalos indicados no relatório do exame devem ser sempre tomados como referência. Ao mesmo tempo, para mulheres grávidas e crianças, os valores de hemoglobina podem ser mais baixos do que o normal devido à deficiência relativa de ferro em face do aumento das necessidades corporais (HOFFBRAND, 2017).

A suspeita de que um indivíduo tem anemia falciforme pode surgir com base nos sintomas e nos resultados de exames de sangue regulares. É extremamente importante fazer um diagnóstico precoce em crianças, uma vez que é uma doença hereditária que pode se manifestar nos primeiros meses de vida com complicações agudas graves, que podem levar à morte ou sequelas. Também se manifesta pelo início progressivo desde a

adolescência de complicações crônicas que afetam a qualidade e a expectativa de vida. Como eventos com risco de vida podem ocorrer em crianças com anemia falciforme a partir dos três meses de idade, o diagnóstico precoce é desejável para estabelecer medidas preventivas (CASTILHO; PELLEGRINO JUNIOR; REID, 2015).

Algumas hemoglobinas, como a hemoglobina S, que causa a anemia falciforme, estão associadas às doenças genéticas chamadas hemoglobinopatias. A anemia falciforme é uma patologia hereditária, causada por uma forma anormal de hemoglobina do sangue. Essa doença genética é muito difundida no mundo. Apareceu de forma independente na África e na Índia, e afeta particularmente as populações dessas regiões. Mas os movimentos populacionais migratórios também a tornaram muito presente na América, especialmente no Brasil, Oriente Médio, Sudeste Asiático, região do Pacífico Ocidental e na Europa Ocidental (DIAS, 2013).

A doença falciforme é causada pela mutação de um gene localizado no cromossomo 11, que codifica um dos dois tipos de proteínas que compõem a hemoglobina: a beta-globina. Nesse caso, diferentes das quatro subunidades de proteínas, duas alfa e duas beta da células normais, na anemia falciforme, as cadeias beta são substituídas por cadeias S, cuja conformação é alterada devido a um defeito genético (HALTZLHOFER, 2017). Devido a essa mutação, a hemoglobina dos pacientes com células falciformes tende a polimerizar quando a concentração de oxigênio no sangue é baixa (hipóxia), de modo que os polímeros a hemoglobina S então deformam as células vermelhas do sangue e lhes dão a forma característica de foice, ao invés do formato bicôncavo, redondo e flexível dos glóbulos vermelhos normais (DOMINGOS, 2019).

Essa mutação leva a um distúrbio da circulação, uma vez que o sangue composto por esses glóbulos vermelhos de formato anormal não pode fluir normalmente nos vasos sanguíneos, especialmente nos menores (capilares), nos quais os glóbulos vermelhos anômalos e menos elásticos tendem a formar agregados e então ocluem os vasos (VASCONCELOS, 2015).

Essas células sanguíneas deformadas não se movem bem nos pequenos vasos sanguíneos, o que pode interromper ou diminuir o fluxo de sangue para certas partes do corpo e reduzir a quantidade de oxigênio que chega até estes órgãos. As células falciformes também têm vidas mais curtas do que as células sanguíneas normais, o que pode levar à falta de glóbulos vermelhos no corpo. Na maioria dos casos, a anemia falciforme não tem cura.

As células falciformes podem ficar presas nos vasos sanguíneos e impedir que o sangue alcance partes do corpo. Isso causa dor e possivelmente danos a alguns órgãos internos. Os vasos sanguíneos bloqueados nos braços, pernas, tórax ou abdômen podem causar dor intensa. As crianças com anemia falciforme podem ter mais infecções, uma vez que o baço está danificado pelas células falciformes (LEAL, 2019).

Os vasos sanguíneos bloqueados no cérebro podem causar um acidente vascular cerebral, que pode levar à morte de células cerebrais. Quando rígidos, os glóbulos vermelhos podem bloquear, obstruir o fluxo de sangue através dos pequenos vasos sanguíneos e comprometer a oxigenação dos tecidos. Essa má circulação sanguínea é a causa das crises vaso-oclusivas, que tendem a danificar precocemente o baço de pacientes com cé-

lulas falciformes (ROCHA, 2014).

Os polímeros da hemoglobina S também enfraquecem os glóbulos vermelhos, que sofrem destruição prematura (hemólise). Sua vida útil, portanto, cai de cerca de 120 dias para apenas cerca de 20 dias. Isso resulta em um baixo nível de glóbulos vermelhos no sangue de pacientes com células falciformes, o que resulta em anemia crônica (BAIN, 2016).

Quando o nível de hemoglobina no sangue diminui, a anemia se instala. A anemia é caracterizada por falta de ar aos esforços, fadiga e palidez crônica. Esses sintomas são explicados pela depleção do pigmento vermelho no sangue e pela falta de suprimento de oxigênio para os tecidos. A anemia é mais ou menos grave de acordo com o nível de hemoglobina observado, e será tanto mais sentido quanto mais rapidamente se instalar. Suas causas podem ser divididas em dois grandes grupos: perda de sangue ou defeitos de produção no nível de a medula óssea (ROCHA, 2014).

Em pessoas com anemia falciforme, isso resulta em vários sintomas característicos da doença, os mais comuns são células falciformes podem ficar presas nos vasos sanguíneos e impedir que o sangue alcance partes do corpo. Isso causa dor e possivelmente danos a alguns órgãos internos. Os vasos sanguíneos bloqueados nos braços, pernas, tórax ou abdômen podem causar dor intensa. As crianças com a doença podem ter mais infecções, uma vez que o baço está danificado pelas células falciformes (HALTZLHOFER, 2017).

A deformação das células vermelhas do sangue, portanto, envolve: uma alteração do transporte de oxigênio nos tecidos; uma destruição precoce dos glóbulos vermelhos, o que por sua vez causa anemia pela quantidade reduzida de hemoglobina circulante e mais agravos devido ao fato de que os glóbulos vermelhos assim formados tendem a obstruir os vasos sanguíneos, causando problemas de circulação. Essas alterações são responsáveis pelos sintomas característicos da anemia falciforme, que ocorrem desde o nascimento por meio de: icterícia, que em presença de hemólise, fadiga, e edema doloroso das mãos e pés (dactilite) (DIAS, 2013).

A doença falciforme é genética autossômica recessiva: cada pai deve passar um alelo mutado ao filho para que ocorra, pois a doença ocorre em homozigose, ou seja, quando o sujeito tem ambas as cópias do gene, uma de origem paterna e outra de origem materna, mutadas.

A anemia falciforme pode se manifestar com quadros clínicos bastante heterogêneos; indivíduos heterozigotos geralmente não apresentam sintomas, a não ser as formas leves de anemia e fadiga, sendo considerados portadores do traço falciforme. Os portadores de ambos os genes alterados, por outro lado, apresentam sintomas já na primeira infância, mas a extensão varia de um sujeito para outro (CASTILHO; PELLEGRINO JUNIOR; REID, 2015).

As alterações séricas que conectam a imperfeição molecular às manifestações clínicas nos pacientes com doenças falciformes devem ser avaliadas em três níveis: molecular e celular; tecidual e orgânico; e organismo completo (o paciente) como um todo, uma vez que podem ser concomitantes e sobrepostas (ZAGO; PINTO, 2007). O Quadro 1 demonstra essas relações.

Nível	Fenômenos ou alterações
Molecular e celular	Mutação da hemoglobina Polimerização da Hb desoxigenada Falcização Alterações de membrana
Tecidos e órgãos	Adesão celular ao endotélio Hipóxia local Isquemia Inflamação Lesão microvascular Ativação da coagulação Depleção de NO
Organismo (paciente)	Dor Anemia hemolítica Insuficiência de múltiplos órgãos

Quadro 1 – Alterações fisiopatológicas em diferentes níveis nas doenças falciformes
Fonte: Zago e Pinto (2007).

A sintomatologia da crise falciforme, um termo usado para descrever episódios agudos, tem características e sintomas variáveis que incluem: dores em graus variados e em várias partes do corpo, devido a crises vaso-oclusivas; a dor e o inchaço nos dedos das mãos e dos pés devem-se à oclusão dos capilares pelos glóbulos falciformes. As crises oclusivas ocorrem em intervalos variáveis, com latência variável de dias a meses e as dores aparecem repentinamente, devido ao baixo suprimento sanguíneo na área afetada (HOFFBRAND, 2017).

Pode ocorrer também uma anemia crônica, devido à destruição precoce dos glóbulos vermelhos contendo hemoglobina S, que têm meia-vida muito menor que o normal, que envolve a presença de astenia, falta de ar, oclodermia. Podem acontecer também eventos de AVC, decorrentes de fenômenos oclusivos, principalmente ao nível dos pequenos vasos que causam isquemia e microinfartos; ou ainda síndrome pulmonar aguda, que é uma das complicações mais perigosas da doença, devido à infiltração de hemácias na circulação pulmonar e / ou consequente infecção (pneumonia) (PROENÇA-FERREIRA, 2013).

Outra consequência grave da anemia falciforme é a deterioração progressiva da funcionalidade de órgãos e tecidos repetidamente afetados por crises vaso-oclusivas; em particular o baço, que é o órgão responsável pela destruição dos glóbulos vermelhos e desempenha um papel importante no combate às infecções, que podem, portanto, ser muito perigosas, como infecções respiratórias (broncopneumonia), sistema nervoso (meningite), ossos (osteomielite), em graus variados até sepse (CASTILHO; PELLEGRINO JUNIOR; REID, 2015).

3. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E MANEJO DA ANEMIA FALCIFORME

A anemia falciforme geralmente mostra seus primeiros sintomas nos meses iniciais de vida da criança, contudo não existe uma regra real quanto à evolução da doença, que

apresenta uma elevada taxa de mortalidade em crianças muito pequenas. Até o início dos anos 2000 a expectativa de vida dos portadores dessa doença não ultrapassava os 50 anos, mas a inclusão da hidroxíureia como parte do tratamento medicamentoso ajudou a prolongar essa expectativa de vida (BRASIL, 2018).

Entretanto, o crescimento retardado, infecções múltiplas, priapismo, danos e falência de órgãos (fígado, baço, rins, pulmões) e acidente vascular cerebral (acidente vascular cerebral) são algumas das complicações possíveis, que são muitas e variadas. Um exame de sangue simples e de baixo custo, eletroforese por focalização isoelétrica (Isoelectric Focusing Electrophoresis, IEF), é usado para confirmar o diagnóstico e pode ser feito no recém-nascido para verificar se há a doença. O teste IEF é feito ao mesmo tempo que outros testes comuns de triagem neonatal e com a mesma amostra de sangue; mostra a presença de hemoglobina S (BRASIL, 2018).

As tecnologias baseiam-se na separação das espécies de hemoglobina (Hb) e na quantificação das respectivas frações de hemoglobina a partir de amostras de sangue seco ou sangue do cordão umbilical fresco. Se a eletroforese de hemoglobina der resultado positivo, o teste é repetido para confirmar que a criança é realmente portadora do traço falciforme (GUIMARAES; COELHO, 2010).

O IEF é um método muito sensível e amplamente utilizado a custos relativamente baixos. O IEF separa as espécies de hemoglobina de acordo com seu ponto isoelétrico em um meio de gel com resolução muito alta. As variantes de Hb migram em um gradiente de pH até o ponto em que sua carga líquida se torna zero. As bandas são estreitas em comparação com a eletroforese clássica e fornecem uma imagem precisa. HbF e HbA, bem como hemoglobinas relevantes HbS, HbC, HbE podem ser separadas. O IEF separa as variantes modificadas pós-tradução, o que às vezes torna a interpretação difícil; portanto, uma equipe experiente é necessária para ler os resultados (TORRES et al., 2015).

O IEF é um sistema semiautomático, que permite a execução paralela de vários géis, envolvendo algumas etapas de trabalho intensivo. O processamento e a documentação mais simples dos géis são obtidos usando um software de digitalização. Os controles para garantia de qualidade interna contêm HbF, HbA, HbS e HbC. Quanto a cromatografia líquida de alta resolução (High Performance Liquid Chromatography, HPLC) é um método amplamente utilizado para rastrear hemoglobinopatias com uma separação e quantificação claras das frações de hemoglobina. O método é baseado na eluição da hemoglobina ligada a uma fase sólida ao longo do tempo por tampões com gradiente de pH. O tempo desde a injeção da amostra na coluna até a eluição da fração de hemoglobina é denominado tempo de retenção (IVO, 2013).

A hemoglobina eluída é detectada por um detector de comprimento de onda duplo e quantificada pela integração da área sob a curva do cromatograma produzida, expressa em porcentagem da área total. Um tempo de retenção característico (janela de detecção), junto com a quantificação relativa, permite a identificação presuntiva de todas as espécies de hemoglobina relevantes: HbF, HbA, HbA₂, HbS, HbC, dentre outras. A análise de HPLC é muito precisa e reproduzível com um Coeficiente de Variação (CV) entre corridas de <5%. O limite de detecção para HbA e HbS foi mostrado em cerca de 1% da hemoglobina total (BRASIL, 2012).

O diagnóstico biológico do traço falciforme envolve o hemograma (normal em portadores de AS / CA) e o estudo da hemoglobina, ou seja, identificação das frações A, S, C, F e A2 da hemoglobina. Nos portadores dos traços AS ou AC, a porcentagem de hemoglobina A é sempre maior que a das frações S ou C. As técnicas usuais de estudo da hemoglobina permitem obter um determinado resultado na maioria dos casos (BRASIL, 2015). A Tabela 2 apresenta uma relação entre diagnóstico e determinação do genótipo.

Diagnóstico	Determinação do genótipo
Padrão norma	Hb AA
Doença falciforme	Hb SS, Hb SC, Hb SD, Hb S/β tal.
Traço falciforme	Hb AS
Traço	Hb AC, Hb AD, Hb E

Tabela 2 – Relação entre diagnóstico e determinação do genótipo
Fonte: Brasil (2015)

Em indivíduos AS, os glóbulos vermelhos são normais; em particular, não existem células falciformes. A sua formação pode ser provocada pela incubação do sangue com um agente redutor (metabissulfito de sódio): este é o princípio do teste de Emmel ou teste de falcização induzida. Permite identificar a hemoglobina S falciforme e, dependendo do contexto, ter um valor de rastreio ou um valor de diagnóstico. Por outro lado, não é possível distinguir as diferentes formas genéticas das síndromes falciformes e, em particular, os portadores saudáveis e pacientes com SS, CC, etc. (LIMA et al., 2021).

Uma vez estabelecido, o diagnóstico é válido por toda a vida. Não muda ao longo do tempo, exceto no período neonatal, quando o percentual de hemoglobina F é o mais alto de todas as frações, como sempre, para portadores de AS / AC, um percentual de hemoglobina S ou C menor que o da hemoglobina A (BRASIL, 2015).

3.1 Tratamento e prevenção

A única cura para a anemia falciforme é o transplante de células-tronco. No entanto, essa opção não está disponível ou não é apropriada para todas as pessoas acometidas por essa doença. Dito isso, as pesquisas médicas ainda podem ser de grande ajuda para as pessoas com essa doença e novos tratamentos continuam a ser desenvolvidos e otimizados (BRASIL, 2018).

Durante os ataques dolorosos, a terapia medicamentosa pode ser administrada para reduzir a dor e tentar prevenir complicações; além disso, a administração de suplementos líquidos pode prevenir a desidratação. Finalmente, é possível fornecer oxigênio se o sangue não contiver o suficiente (PRETTO, 2017).

Se a dor for moderada, medicamentos como paracetamol, Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs), ibuprofeno e naproxeno são usados inicialmente. Se a dor for intensa, pode ser necessário controlá-la com analgésicos opióides (por exemplo, morfina, oxicodona). O tratamento com hidroxíureia pode reduzir a frequência de crises dolorosas e síndrome torácica aguda em adultos e melhorar o crescimento em crianças. A versão em cápsula é um medicamento originalmente utilizado para tratar certas formas de câncer do sangue (leucemia) e doenças do sangue que podem evoluir para leucemia. Há mais

de duas décadas, a hidroxiureia é usada para tratar a anemia falciforme (NAOUM, 2018).

A hidroxiureia atua de várias maneiras, sendo a principal aumentando a produção de hemoglobina fetal no corpo, o que fornece proteção contra a anemia falciforme. As indicações são crises vaso-oclusivas graves, recorrência de síndromes torácicas, risco de acidente vascular encefálico (acidente vascular cerebral) nas condições estritas a seguir definidas, priapismo e anemia grave inferior a 7 g / dl (BRASIL, 2012).

A hidroxiureia é geralmente prescrita a partir dos 2 anos de idade, algumas equipes a usam a partir dos 6 meses, sendo comprovada a redução da mortalidade, de eventos dolorosos e dias de hospitalização. As síndromes torácicas são menos comuns e menos graves em pacientes tratados com este medicamento. O resultado é uma melhor qualidade de vida e uma melhor expectativa de vida (BRASIL, 2009).

O risco oncológico é zero considerando o tamanho das coortes tratadas por mais de 15 anos. O monitoramento do crescimento das crianças tratadas mostra que é completamente normal. No entanto, as consequências sobre a fertilidade em humanos devem manter a atenção do prescrito. Assim, pode ocorrer oligo ou mesmo azoospermia durante o tratamento; na maioria das vezes é reversível, mas esse risco pode desencadear uma grande relutância em prescrever. Não se deve esquecer que pacientes com formas graves apresentam, portanto, alterações no espermograma sem nenhum tratamento (CAVALCANTI; MAIO, 2011).

A fertilidade das mulheres tratadas não é reduzida e a contracepção pode ser aconselhada durante o tratamento. Até o momento, nenhuma anormalidade clínica foi demonstrada em crianças expostas in utero. No entanto, é aconselhável a suspensão do tratamento 4 meses antes da concepção, tanto para mulheres como para homens tratados. Como qualquer outro medicamento, pode causar alguns efeitos colaterais e o paciente deve monitorar de perto a pressão arterial. Além disso, ao contrário dos analgésicos que o paciente deve tomar quando necessário, a hidroxiureia deve ser tomada todos os dias para que seja eficaz em prolongar a sobrevida, diminuir os episódios de dor e reduzir algumas complicações (SILVA, 2013).

Pessoas com doença falciforme têm maior probabilidade de se submeter a cirurgia do que a população em geral devido a complicações da doença falciforme, como cálculos biliares, infecções e problemas nas articulações. No entanto, a cirurgia pode levar a complicações da doença falciforme. As transfusões de sangue administradas antes de uma operação podem ajudar a prevenir complicações, reduzindo o nível de anemia, diluindo os glóbulos vermelhos doentes e aumentando o nível de oxigênio no sangue, o que pode reduzir o risco de bloqueio dos vasos sanguíneos e, portanto, danos adicionais (FREIRE et al., 2020).

As transfusões de sangue podem estar associadas a eventos adversos, como o desenvolvimento de anticorpos para proteínas nas hemácias do doador (aloimunização); o acúmulo de muito ferro no corpo como resultado de transfusões repetidas; aumento das taxas de infecção após uma operação; e prolongamento da internação hospitalar. Quando a anemia é grave, mesmo sem necessidade de cirurgia, pode-se optar por fazer uma transfusão de sangue para tratar e prevenir complicações. As transfusões de sangue para o tratamento da anemia falciforme podem ser feitas de três maneiras. O método mais

simplificado é meramente transfundir unidades de sangue ou o que é chamado de transfusão complementar. Essa terapia sanguínea melhora o suprimento de oxigênio no corpo.

O método mais complexo é receber sangue por troca automática de glóbulos vermelhos (eritrocitoférese). Isso requer conectar o paciente a uma máquina que filtra automaticamente os glóbulos vermelhos falciformes e os substitui por novos glóbulos vermelhos normais. O terceiro método é a exsanguineotransfusão parcialmente manual, em que são retiradas duas unidades de sangue e administra uma transfusão de duas unidades. Cada um desses três métodos oferece vantagens e desvantagens e são adequados por diferentes razões (IVO, 2013).

As transfusões são mais frequentemente administradas a pacientes que tiveram ou estão sob alto risco de um acidente vascular cerebral. Eles também podem ser administrados a pacientes em crise grave, como síndrome torácica aguda, ou se o paciente estiver muito doente e precisar ser internado no departamento de terapia intensiva (FERREIRA; GOUVÊA, 2018).

4. A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME

O papel do profissional de enfermagem é muito importante no cuidado de pacientes com anemia, por meio da aplicação adequada do tratamento e educação em saúde do paciente. O contato frequente com o paciente possibilita o estabelecimento de uma relação paciente/enfermeiro muito sólida, permitindo uma melhor assistência. O processo de enfermagem é um método sistemático e organizado de administrar cuidados de enfermagem individualizados, que se concentra na identificação e tratamento das respostas únicas da pessoa ou grupos às alterações de saúde reais ou potenciais.

O processo consegue delimitar o campo específico da enfermagem que é o diagnóstico e tratamento das respostas humanas, bem como o campo de colaboração com outros profissionais de saúde. Ao aplicar o processo, os enfermeiros usam o pensamento crítico, alcançam a satisfação profissional, prestam cuidados holísticos e individualizados e envolvem os utentes nos cuidados de saúde (TORRES et al., 2015).

A enfermagem, como qualquer disciplina profissional, precisa utilizar uma forma de proceder para realizar o serviço que presta aos seus usuários, e que se caracteriza por responder a uma série de situações de saúde que podem ser problemáticas para as pessoas. Esta forma de proceder, destinada a resolver ou minimizar os possíveis problemas da vida quotidiana relacionados à saúde, é uma sequência de ações ordenadas e sistemáticas, em todas as ações que realiza, é a aplicação do método de resolução de problemas diante de possíveis situações que possam surgir, principalmente aquelas que exigem o cumprimento de determinadas condições de dificuldade e/ou complexidade (FREIRE et al., 2020).

Na enfermagem, em maior ou menor grau, estabelece-se que para desempenhar as funções que lhe são próprias, é necessário ordenar e estruturar as atividades que possibilitem a análise e solução das situações em que intervimos, o que é possível por meio da

aplicação do método científico, denominado processo do cuidado de enfermagem, o qual constitui uma ferramenta para organizar o trabalho da Enfermagem, o que implica um certo modo de proceder que é próprio, constituído por uma série de etapas, intimamente inter-relacionadas, e embora os textos estudem e analisem separadamente, na prática devem ser entrelaçadas (OLIVEIRA et al., 2019).

O processo de cuidar de enfermagem consiste na aplicação do método científico no cuidado, que permite que os profissionais dedicados à enfermagem prestem ao paciente os cuidados de que necessita de forma estruturada, lógica e seguindo um determinado sistema. A assistência de enfermagem evoluiu muito ao longo dos anos e se baseia em determinados protocolos e planos altamente estruturados, baseados em evidências científicas, para que haja homogeneidade (GALDINO; BARCELLOS; SILVA, 2017).

É então aplicado em um sistema de intervenções de enfermagem para o cuidado à saúde do indivíduo, família e comunidade, o qual implica na utilização do método científico para a identificação das necessidades, sendo composto por cinco etapas: avaliação, diagnóstico, planejamento, execução e avaliação, como qualquer método, suas etapas são sucessivas e inter-relacionadas (ALMEIDA; SANTOS; SILVA, 2018).

A primeira etapa ou fase é a avaliação em enfermagem, sendo o processo organizado e sistemático de coleta e compilação de dados sobre o estado de saúde do paciente. Pode ser realizada com base em diferentes critérios. Os dados são coletados, que devem ser validados, organizados e registrados (JESUS et al., 2021).

A segunda fase é de diagnóstico. O sistema mais utilizado para a realização de diagnósticos de enfermagem é o das categorias diagnósticas da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), para os problemas de saúde que se enquadram no campo específico da enfermagem. É importante diferenciar um diagnóstico de enfermagem de um problema interdependente, ambos são distúrbios de saúde, mas os diagnósticos de enfermagem referem-se apenas a situações em que o enfermeiro pode agir de forma independente.

Para a NANDA, o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde ou processos de vida reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a escolha das ações de enfermagem, para alcançar os resultados pelos quais é responsável. Trata-se, então, da identificação de um problema de saúde que pode ser prevenido, melhorado ou resolvido com os cuidados de enfermagem (SOARES et al., 2014).

O estágio de planejamento é a terceira etapa do processo que se inicia após a formulação de diagnósticos de enfermagem e questões interdependentes. Nessa etapa, são elaborados planos de cuidados que integram: diagnóstico de enfermagem, objetivos, ações de enfermagem independentes e interdependentes e evolução. É uma exigência, na fase de planejamento, definir a prioridade para decidir quais questões de saúde devem ser atendidas primeiro, pois colocam em risco a vida do paciente, e posteriormente deve-se estabelecer objetivos focados em na família e na comunidade para a resolução do problema, bem como como ações de enfermagem que tratam a etiologia do problema de saúde.

A fase de execução é de fato a fase das ações no processo de enfermagem. Nessa etapa, identifica-se a resposta mais adequada ao paciente e à família quanto aos cuidados de enfermagem. Deve ser dada prioridade a ajudar o paciente a ganhar independência e confiança no atendimento de suas próprias necessidades. As recomendações ao sair do hospital são parte importante das intervenções de enfermagem.

A partir da etapa de avaliação, devem ser obtidas informações sobre como ajudar o paciente a ser o mais autossuficiente possível, dentro dos limites ambientais, físicos e emocionais do momento em que vive. Alguns indivíduos requerem mais informações do que outros e a resposta aos diferentes métodos educacionais é diferente. Cabe ao enfermeiro(a) identificar as necessidades de cada pessoa e fornecer as informações adequadas para preencher essas lacunas no conhecimento significativo (GALDINO; BARCELLOS; SILVA, 2017).

A etapa de avaliação do cuidado do processo de enfermagem deve estar presente durante a execução do cuidado, portanto, é um processo contínuo que se define como a comparação planejada e sistematizada entre o estado de saúde do paciente e os resultados esperados. Ao medir o progresso do paciente em direção ao alcance das metas, o enfermeiro avalia a eficácia das ações de enfermagem. O processo de avaliação tem duas etapas: coleta de dados sobre o estado de saúde do paciente; comparação dos dados coletados com os resultados esperados e o julgamento sobre a avaliação do paciente para o alcance dos resultados esperados.

O processo de enfermagem é o método para prestar os cuidados necessários, acompanhá-lo permite uma verdadeira prática profissional. Deve ser aplicado em todas as áreas da enfermagem, portanto, é necessário que cada profissional busque conhecimento aprofundado sobre o mesmo. Em se tratando de pacientes com anemia falciforme, em que os cuidados se estendem ao longo da vida, a educação em saúde, o acompanhamento do paciente, especialmente em algumas fases do ciclo da vida são ainda mais importantes.

4.1 Educação em saúde e acompanhamento do paciente

O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado ao paciente com anemia; por meio de seu contato próximo com o paciente, participa da aplicação adequada das terapias e de sua educação no autocuidado. A dor é a complicação mais característica e debilitante da anemia falciforme, embora devido à grande variabilidade desta síndrome, alguns levam uma vida com poucos sintomas álgicos ou manifestações mínimas. No outro extremo estão os pacientes que apresentam episódios de dor quase que diariamente. Os mecanismos responsáveis por essa complicação são pouco compreendidos (ALMEIDA; SANTOS; SILVA, 2018).

Esses episódios podem ocorrer em pacientes a partir dos 6 meses de idade e em intervalos imprevisíveis ao longo da vida. Às vezes, são gerenciados em casa sem contato com o ambiente hospitalar. Porém, se tratada de forma inadequada, a dor das crises vaso-oclusivas pode causar sérias consequências, inclusive desencadear síndrome torácica aguda (JESUS et al., 2020).



O manejo geral consiste em repouso, hidratação e analgesia. Requer avaliação sistemática frequente da dor e ajuste contínuo das medidas de alívio, principalmente analgésicos. A hidratação intravenosa deve ser feita generosamente e com soluções hipotônicas para evitar hiperviscosidade e floculação. Para o manejo da dor, os profissionais de enfermagem devem realizar algumas atividades. A realização de uma avaliação abrangente da dor, incluindo localização, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade ou gravidade da dor e fatores desencadeantes é indispensável, para que seja assegurado que o paciente receba os cuidados analgésicos apropriados (FREIRE et al., 2020).

Devem ser aplicadas estratégias de comunicação terapêutica para reconhecer a experiência e compreender a aceitação da resposta do paciente à dor, além de considerar as influências culturais na resposta à dor, determinando o impacto da experiência de dor na qualidade de vida, como: sono, apetite, atividade, função cognitiva, humor, relacionamentos, trabalho e responsabilidade. A enfermagem deve avaliar, com o paciente e a equipe assistencial, a eficácia das medidas anteriores de controle da dor que foram utilizadas, utilizando um método de avaliação apropriado que permita o monitoramento das mudanças na dor e ajude a identificar os gatilhos reais e potenciais (GALDINO; BARCELLOS; SILVA, 2017).

Controlar os fatores ambientais que podem influenciar a resposta do paciente ao desconforto (temperatura ambiente, iluminação e ruído) também é uma estratégia que deve ser adotada, para selecionar e desenvolver as medidas (farmacológicas, não farmacológicas e interpessoais) que facilitem o alívio da dor, se for o caso, inclusive usando analgésicos prescritos. Para a administração de analgésicos, é necessário determinar a localização, características, qualidade e gravidade da dor antes de medicar o paciente, sendo necessário verificar o histórico de alergias e prescrição médica sobre a medicação, dose e frequência do analgésico prescrito.

Para melhorar a qualidade de vida do paciente e o enfrentamento dos sintomas, a avaliação da compreensão do paciente sobre o processo da doença tem seu papel, inclusive oferecendo ao paciente escolhas realistas sobre certos aspectos dos cuidados de enfermagem, incentivando uma atitude realista como forma de lidar com sentimentos de desamparo (JESUS et al., 2021).

Dessa forma, entende-se que no cuidado global dos pacientes, é importante a realização de um plano de cuidados de enfermagem que contemple todas as necessidades dos pacientes que se encontram alteradas, bem como a manutenção das necessidades inalteradas para prestar cuidados de acordo com as suas necessidades (JESUS et al., 2020).

Uma abordagem holística para cada paciente é importante para abordar o paciente a partir da causa da necessidade alterada, estabelecendo objetivos, intervenções e atividades para fornecer o cuidado que cada paciente necessita. Juntamente com o tratamento médico farmacológico, a intervenção da enfermagem visa estabilizar os sintomas, prevenir complicações, a pronta recuperação e alta do paciente. Após a alta hospitalar, o paciente deve receber orientações sobre tratamento de alta e orientações sobre sinais de alerta para quem deve retornar ao hospital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhoria da expectativa e qualidade de vida dos doentes com anemia falciforme permite recorrer, para as formas não graves, a cuidados cada vez menos hospitalares. O enfermeiro se enquadra naturalmente nessa evolução que, de fato, envolve cada vez mais as redes multidisciplinares de saúde. O tratamento da anemia falciforme geralmente visa prevenir episódios de dor, aliviar os sintomas e prevenir complicações. Os tratamentos podem incluir medicamentos e transfusões de sangue. Para algumas crianças e adolescentes, um transplante de células-tronco pode curar a doença.

O processo de adoecer por uma doença genética, crônica e degenerativa implica em mudanças no modo de viver e modifica o cotidiano, em especial exigindo cuidados contínuos e de longo prazo, voltados para as diversas complicações que aparecem ao longo da vida, por exemplo, dores articulares e lesões musculoesqueléticas com perda progressiva da capacidade funcional.

As repercussões da anemia falciforme na vida adulta indicam que mulheres e homens que possuem essa doença frequentemente necessitam de serviços de saúde, dependem de acompanhamento em serviços especializados, têm atividade laboral restrita, com participação reduzida nos orçamentos familiares e aposentadoria precoce.

A enfermagem deve planejar os cuidados aos pacientes com anemia falciforme, visando apresentar as intervenções em saúde mais adequadas, considerando que não existe uma cura para a anemia falciforme, é necessário auxiliar os pacientes a aliviar a dor em tempos de crises agudas, prevenir da melhor forma possível infecções graves, controlar as complicações e, sobretudo, preveni-las antes que ocorram.

A compreensão da anemia falciforme é essencial para os profissionais de saúde e, principalmente, para a enfermagem, para a organização da assistência de enfermagem e para melhorar o acesso desse grupo populacional ao atendimento em todos os níveis de atenção, realizando um trabalho pautado em evidências científicas e na humanização do cuidado.

Conclui-se que o cuidado integral e multidisciplinar, baseado em conhecimentos científicos e buscando atender as principais necessidades dos pacientes, é importante para garantir a atenção em enfermagem durante o tratamento de qualquer paciente. Para isso, deve ser feito um plano de cuidados de enfermagem com base nas necessidades de cada paciente, que minimize complicações e promova o melhor prognóstico e, por sua vez, permita a evolução positiva em saúde adequada ao paciente.

Referências

ALMEIDA, Mayron Morais; SANTOS, Márcia Sousa; SILVA, Francisco Wharleson Torres da. Assistência de enfermagem na Doença Falciforme na Estratégia Saúde da Família. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 1, p. 36-45, 2018.

BAIN, Barbara J. **Células Sanguíneas: Um Guia Prático**. São Paulo: Artmed, 2016.



- BRASIL. **Doença falciforme:** condutas básicas para tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. **Manual de Acompanhamento da Gestante com Doença Falciforme.** Belo Horizonte: Ministério da Saúde, Faculdade de Medicina, UFMG. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença Falciforme:** diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria conjunta nº 05, de 19 de fevereiro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme.** Brasília: MS, 2018.
- CASTILHO, Lilian; PELLEGRINO JUNIOR, Jordão; REID, Marion E. **Fundamento de imuno hematologia.** São Paulo: Atheneu, 2015.
- CAVALCANTI, Juliana Manzoni; MAIO, Marcos Chor. Entre negros e miscigenados: a anemia e o traço falciforme no Brasil nas décadas de 1930 e 1940. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 377-406, Jun. 2011.
- DIAS, Ana Luísa de Araújo. **A (Re)Construção do caminhar: itinerário terapêutico de pessoas com Doença Falciforme com histórico de úlcera de perna.** 2013. 191f. Dissertação (Mestrado – Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.
- DOMINGOS, Igor de Farias. **Investigação de genes envolvidos na estabilidade e manutenção do citoesqueleto eritrocitário e sua relação com o quadro clínico de pacientes com anemia falciforme.** 2019. 148 f. Tese (Doutorado – Genética). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Programa de Pós-Graduação em Genética. Recife, 2019.
- FERREIRA, Reginaldo; GOUVÊA, Cibele Marli Cação Paiva. Recentes avanços no tratamento da anemia falciforme. **Revista Médica de Minas Gerais.** 2018; 28: e-1984.
- FREIRE, Ana Karla da Silva et al. Assistência de enfermagem no manejo da dor em crianças com anemia falciforme: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, e182953353, 2020.
- GALDINO, Erika Laurine Vieira; BARCELLOS, José Fernando Marques; SILVA, Kirley Michelly Marques da. O cuidar do enfermeiro ao paciente com anemia falciforme. **Revista Científica da FASETE**, n. 3, p. 285-296, 2017.
- GUIMARAES, Cínthia Tavares Leal; COELHO, Gabriela Ortega. A importância do aconselhamento genético na anemia falciforme. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, pág. 1733-1740, junho de 2010.
- HALTZLHOFER, Betânia Lucena Domingues. **Influência dos haplótipos β s e da alfa talassemia no perfil clínico da anemia falciforme em Pernambuco, Brasil.** 2017. 107 f. Tese (Doutorado – Genética). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Genética, 2017.
- HOFFBRAND, A. Victor. **Fundamentos em Hematologia de Hoffbrand.** São Paulo: Artmed, 2017.
- IVO, Maria Lúcia (org.). **Hematologia:** um olhar sobre a doença falciforme. Campo Grande: UFMS, 2013.
- JESUS, Mayra Nunes de et al. Assistência de enfermagem ao portador da anemia falciforme. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v1. 2020/01
- JESUS, Renato Fernando et al. Cuidados de enfermagem ao paciente com anemia falciforme: ensino baseado em simulação clínica. **HU Revista**, [S. l.], v. 47, p. 1-7, 2021.
- LEAL, Alexandra Silva. **Polimorfismos associados à hemoglobina fetal e determinação molecular da co-herança com a alfa-talassemia em pacientes com anemia falciforme.** 2019. 74f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2019.
- LIMA, Débora Silveira de et al. Desafios enfrentados pelas pessoas com doença falciforme nas situações de crise: Entraves nos serviços de emergência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e45410515078, 2021.
- NAOUM, Paulo Cesar; NAOUM, Flávio Augusto. **Diagnóstico biológico do traço AS / AC.** Academia de

Ciências e Tecnologia de São José do Rio Preto, 2018.

OLIVEIRA, Andrezza Cristina Fernandes de et al. Assistência de enfermagem ao paciente portador de anemia falciforme. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n.3, p. 1815-1823, mar./apr. 2019.

PRETTO, Liz Andrea. **Efetividade da hidroxiureia em pacientes com anemia falciforme**. 2017. 128f. Dissertação (Mestrado – Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2017.

PROENÇA-FERREIRA, Renata. **Interações de plaquetas de pacientes com anemia falciforme e células endoteliais de veia umbilical humana (HUVEC)**. 2013. 171 p. Tese (Doutorado - Clínica Médica). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2013.

ROCHA, Liliane Brito da Silva. **Lesão no DNA, alterações cromossômicas e sua correlação com polimorfismos genéticos em pacientes com anemia falciforme tratados com hidroxiuréia**. 2014. 95 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROSENFELD, Luiz Gastão et al. Valores de referência para exames laboratoriais de hemograma da população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 2, E190003.SUPL.2, 2019.

SILVA, Jonigley Queiroz da. **Anemia falciforme e a importância do aconselhamento genético**. 2013. 132f. Dissertação (Mestrado – Farmácia). Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes/RO, 2013.

SOARES, Eula Priscila Brandão et al. Cuidar de pessoas com doença falciforme na unidade de emergência: discurso de uma equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 278-285, Abr/Jun. 2014.

TORRES, Francisco Wharleson et al. Anemia falciforme: cuidados realizados por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Pre. Infec e Saúde**. v. 1, n. 4, p.18-26. 2015.

VASCONCELOS, Denise Martins Van Putten. **Assistência prestada a crianças com Doença Falciforme na rede de atenção à saúde de Belo Horizonte, com ênfase nos eventos clínicos e na adesão aos protocolos assistenciais**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado - Ciências da Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2015.

WILKE, Ianaê Indiara. **Expressão de micrornas em pacientes com anemia falciforme, seu possível papel regulador das manifestações clínicas e potenciais biomarcadores para novas terapêuticas**. 2016. 185f. Dissertação (Mestrado - Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, 2016.

ZAGO, Marco Antonio; PINTO, Ana Cristina Silva. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 207-214, Sept. 2007.

CAPÍTULO 9

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO: UMA ANÁLISE DO PROBLEMA

NURSING CARE FOR CHILDREN WITH MALNUTRITION: AN ANALYSIS OF THE PROBLEM

Vanessa Lais Costa¹

Eduardo Silva Amorim²

Indiana Ingrid Sousa Carvalho¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A intervenção em saúde baseada em evidências científicas é uma grande evolução na assistência básica. Os profissionais de enfermagem, que nesse nível de atendimento em saúde estão cotidianamente vinculados aos programas e ações em saúde, devem buscar se capacitar para atender as grandes demandas locais, com destaque à desnutrição infantil, que é uma questão de saúde pública relevante no país. O objetivo dessa pesquisa foi realizar uma revisão de literatura para compreender as causas da desnutrição em crianças de 0 a 5 anos, destacando o papel da enfermagem na atenção primária à saúde frente a esse problema. Foi realizado um levantamento de dados entre os meses de outubro e dezembro de 2021, incluindo artigos científicos publicados entre 2011 a 2021. Foram apresentados e discutidos os fatores determinantes e consequências, de curto e longo prazo, da desnutrição em crianças de 0 a 5 de idade. Foi analisada a prevalência de desnutrição no Brasil, além de ter sido apresentado o papel do enfermeiro na assistência básica da rede pública no campo dos cuidados às crianças desnutridas. Conclui-se que a educação em saúde deve ser direcionada aos cuidadores e especialmente à figura materna, que é elemento básico na proteção e sobrevivência da criança, sendo sua participação fundamental nos cuidados da criança durante os primeiros anos de vida. Assim, desde o período pré-natal a questão alimentar deve ser abordada, estendida durante as consultas em pediatria, sendo o profissional de enfermagem capacitado para esse acompanhamento, que deve ser interdisciplinar e pautado nos cuidados e orientação.

Palavras chave: Desnutrição Infantil; Assistência em Enfermagem; Alimentação Infantil.

Abstract

Health intervention based on scientific evidence is a major evolution in primary care. Nursing professionals, who at this level of health care are daily linked to health programs and actions, must seek to train themselves to meet the great local demands, especially child malnutrition, which is a relevant public health issue in the country. The objective of this research was to carry out a literature review to understand the causes of malnutrition in children aged 0 to 5 years, highlighting the role of nursing in primary health care in the face of this problem. A survey of data was carried out between October and December 2021, including scientific articles published between 2011 and 2021. The determining factors and short- and long-term consequences of malnutrition in children aged 0 to 5 were presented and discussed. age. The prevalence of malnutrition in Brazil was analyzed, in addition to presenting the role of nurses in the basic care of the public network in the field of care for malnourished children. It is concluded that health education should be directed to caregivers and especially to the maternal figure, which is a basic element in the protection and survival of the child, and its fundamental participation in the care of the child during the first years of life. Thus, from the prenatal period, the food issue must be addressed, extended during pediatric consultations, and the nursing professional is trained for this follow-up, which must be interdisciplinary and guided by care and guidance.

Key-words: Child Malnutrition; Nursing Assistance; Infant Feeding



1. INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil é um problema de saúde pública que acomete sobretudo países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. De modo geral, a desnutrição ocorre quando não há ingestão suficiente de energia e nutrientes para manter as funções fisiológicas básicas do organismo, sendo considerada uma das causas mais comuns de mortalidade infantil no mundo (GARCIA; RONCALLI, 2020).

A investigação do crescimento infantil é um forte indicador de desnutrição, sendo também uma estratégia para identificar a qualidade de vida da população de um país, uma vez que problemas de saúde pública, como a desnutrição infantil, estão diretamente relacionados com a falta de alimentos e repetidas doenças infecciosas em decorrência da pobreza e outros fatores socioeconômicos e geopolíticos de um Estado (QUADROS, 2017).

No ano de 2000, foi estabelecida dentre as metas de desenvolvimento do milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU), a redução à metade da prevalência mundial de déficits antropométricos em crianças menores de cinco anos de idade, com previsão para ser atingida até o ano de 2015. Mesmo com os avanços os objetivos não foram plenamente alcançados de modo que a ONU entendeu que ainda havia muito a ser feito, por esse motivo a temática permaneceu na agenda pós-2015, sendo incluída nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que apresentam como uma das metas acabar com todas as formas de desnutrição em crianças menores de 5 anos de idade até o ano de 2025 (ONU, 2015).

Uma alimentação adequada está ligada diretamente com o crescimento e desenvolvimento saudável de uma criança. Em contrapartida, a desnutrição gera perdas de massas magra e adiposa, retarda o crescimento, pode levar ao surgimento de doenças como alterações ósseas, anemia, assim como alterações psicológicas, por isso a importância do acompanhamento desde a gestação a partir do momento que se inicia o pré-natal (OLIVEIRA, 2017).

Nessa perspectiva, é notório que a desnutrição na infância é um problema grave de saúde pública, sendo gerada por múltiplos fatores que podem ir além de uma alimentação inadequada. Dessa forma, o presente trabalho de conclusão de curso se justifica pela importância de se investigar as causas relacionadas ao enorme número de casos de desnutrição em crianças, se estendendo as práticas e costumes alimentares, acesso aos alimentos, bem como questões fisiológicas, como os motivos pelos quais uma criança não consegue absorver todos os nutrientes existentes em alimentos considerados saudáveis.

O Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como compromisso prestar assistência universal, integral, equânime, contínua às comunidades e nas unidades de saúde, além de identificar os fatores de risco aos quais as famílias estão expostas. O papel da enfermagem tem destaque neste programa e em outros vinculados ao Ministério da Saúde, estabelecendo uma relação entre o serviço de saúde, enfermeiros e comunidade. Diante desse contexto, questiona-se: como o enfermeiro pode gerar ações para assistir e promover cuidados à criança com desnutrição de modo a melhorar a qualidade alimentar e fomentar a gestão adequada de nutrientes?

Quanto ao objetivo precípuo dessa pesquisa, foi definido realizar uma revisão de literatura buscando compreender as causas determinantes da desnutrição em crianças de 0 a 5 anos destacando o papel da enfermagem na atenção primária à saúde frente a esse problema. Quanto aos objetivos específicos, foram delimitados: compreender os fatores determinantes e consequências da desnutrição em crianças de 0 a 5 de idade no Brasil; identificar as ações de educação em saúde que produzem melhores resultados na prevenção e combate à desnutrição no Brasil; e sistematizar o papel do enfermeiro na assistência básica da rede pública no campo dos cuidados às crianças desnutridas.

O levantamento de dados aconteceu entre os meses de outubro e dezembro de 2021, através de base de dado indexadas digitalmente na web: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME – OPAS – OMS); Banco de Dados de Enfermagem (BDENF); e, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para o cruzamento dos dados foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): desnutrição infantil; assistência da enfermagem; alimentação infantil. Optou-se por selecionar artigos científicos publicados entre o período de 2011 a 2021 todos no idioma português, sendo a pré-seleção realizada através da leitura dos títulos.

2. DESNUTRIÇÃO INFANTIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

O corpo humano precisa de energia e nutrientes para funcionar. Se a ingestão de alimentos não for suficiente, o corpo começa a depletar a gordura e os músculos, o metabolismo diminui, a regulação térmica fica comprometida, o sistema imunológico enfraquece e a função renal se deteriora. A o desequilíbrio entre a ingestão alimentar e as necessidades nutricionais do organismo, o aumento do gasto energético e a incidência de doença resultam em um estado nutricional conhecido como desnutrição (GARCIA; RONCALLI, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, a desnutrição é definida por deficiências, excessos ou desequilíbrios na ingestão energética e/ou nutricional de uma pessoa. É um estado nutricional que é consequência de uma alimentação desequilibrada em quantidade e/ou qualidade. A desnutrição, portanto, abrange tanto a desnutrição quanto a supernutrição, podendo incluir pessoas com baixo peso, assim como com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2019).

A desnutrição é um estado fisiopatológico resultante da influência combinada da super ou desnutrição (deficiência ou excesso de calorias ou de um ou mais nutrientes) e outros fatores (genéticos, inflamatórios, etc.) sobre a composição corporal e suas funções biológicas. A desnutrição infantil é uma resposta à falta de nutrientes essenciais para o funcionamento ideal das funções vitais do corpo (BATISTA; LIMA, 2020).

As deficiências alimentares são frequentemente quantitativas e qualitativas, são uma causa muito frequente de desnutrição, mas muitas vezes também entram em jogo outros fatores, desde a genética à microbiota intestinal, passando por processos inflamatórios e tabus religiosos e culturais. O excesso de ingestão de alimentos (que leva à obesidade) decorre de um equilíbrio nutricional positivo. A desnutrição resulta de um estado nutricional negativo a definição de desnutrição deve incluir pelo menos as noções de deficiência

energética, deficiência proteica e perda de massa lipídica, bem como efeitos nas funções do corpo e mente e inflamação (PEREIRA et al., 2022).

A sua origem pode ser uma quantidade de alimento inadequada à necessidade (ingestão calórica insuficiente ou excessiva) ou a ingestão de alimentos de má qualidade (deficiências nutricionais ou excesso de açúcar, proteínas, sal, gorduras, etc.); outros fatores, notadamente psicológicos e patológicos, também podem estar presentes. Assim, uma dieta abundante em termos de quantidades, mas por exemplo pobre em proteínas, pode manter um peso na faixa ideal. No entanto, esta dieta pode levar a sintomas de desnutrição como anemia (SILVA, 2019).

Além dos fatores externos como pobreza extrema ou crise alimentar, a desnutrição infantil pode ter diferentes causas, entre as quais pode-se destacar, conforme explicam Batista e Lima (2020): uma dieta inadequada, desequilibrada que não inclui o consumo de alimentos que carregam alguns dos nutrientes essenciais do corpo; transtornos alimentares como anorexia ou bulimia, que podem aparecer muito cedo, inclusive durante a infância; patologias gastrointestinais que impedem a absorção adequada de nutrientes dos alimentos; além de patologias metabólicas, que causam funcionamento anormal dos processos que metabolizam os nutrientes (SOUZA et al., 2020).

A desnutrição por escassez de ingestão de calorias causa perda de peso, crescimento atrofiado e baixo peso ao nascer. O excesso da ingestão alimentar pode levar ao sobrepeso, à obesidade e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à dieta, como doenças cardíacas, diabetes e certos tipos de câncer. Em ambas as formas, a desnutrição enfraquece o sistema imunológico, tornando o paciente vulnerável a outras doenças, podendo até levar à morte (MOURA et al., 2015).

As crianças cronicamente desnutridas são, em média, de menor estatura do que as crianças que receberam uma dieta suficientemente nutritiva. Isso é chamado de atrofia, que afeta a altura na idade adulta e limita a produtividade física do indivíduo. Também coloca as mulheres em maior risco de complicações no parto devido ao tamanho menor da pelve, o que pode ter consequências dramáticas em locais com acesso limitado aos cuidados de saúde (GALVÃO, 2014).

O déficit de estatura em crianças é o sintoma físico utilizado para medir a prevalência de desnutrição crônica em uma população infantil. Mais do que uma característica física, o déficit de estatura devido à desnutrição crônica é um sinal de outros problemas de desenvolvimento, causados pela ingestão insuficiente de outros nutrientes que são utilizados pelo organismo para construção e desenvolvimento de estruturas corporais, como ossos e músculos (MAIA; MENEZES; SANTOS, 2017).

2.1 Tipos de desnutrição infantil

Uma dieta suficiente e equilibrada ajuda a evitar a desnutrição. Uma criança que não recebe nutrientes essenciais pode sofrer e fica exposta a sérios problemas de saúde que prejudicam seu desenvolvimento. Consoante Pereira et al. (2022) existem 2 tipos de desnutrição: a desnutrição aguda, que é caracteriza-se por peso insuficiente em relação à

altura da criança (emagrecimento) e pode ser classificada em moderada ou grave, dependendo do peso da criança; e, a desnutrição crônica, que é caracteriza-se pelo retardo do crescimento da criança que apresenta uma estatura insuficiente em relação à sua idade.

A primeira forma de desnutrição, a aguda, instala-se rapidamente e, se não for tratada imediatamente, pode levar à morte. Pode ser grave ou moderada dependendo das sequelas físicas, como edema e estado geral de perda de peso. A segunda, desnutrição crônica, é de longo prazo e caracterizada por crescimento atrofiado (QUADROS, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz uma classificação da desnutrição infantil, conforme mostrado no Quadro 1.

Parâmetro	Desnutrição Moderada	CID 10	Desnutrição Grave	CID 10
Edema Simétrico	Desnutrição não Edematosa	Não tem CID específico	Desnutrição Edematosa	E40 se Kwashiorkor E42 se Kwashiorkor-marasmático
Peso/ Altura	Emagrecimento Moderado	E44	Emagrecimento Grave	E41 (se marasmo) ou E43 (se não especificado marasmo)
Altura/ Idade	Nanismo moderado	Não tem CID específico	Nanismo grave	Não tem CID específico

Quadro 1 – Classificação da desnutrição segundo a OMS
Fonte: Brasil (2005)

Durante os primeiros dois anos de vida, o ser humano desenvolve mais de um milhão de conexões neurais por segundo, o período mais rápido do desenvolvimento cognitivo. Aos dois anos de idade, 70% do cérebro de uma criança está formado. A nutrição desempenha um papel central neste processo. Sem o equilíbrio certo de nutrientes (especialmente proteínas, zinco, ferro, folato, iodo ou vitamina A), o crescimento do cérebro é afetado negativamente (VIERA et al., 2015).

Crianças com nanismo grave têm até 5 vezes mais chances de morrer antes dos 5 anos de idade. Quase metade das mortes de crianças menores de 5 anos no mundo são atribuídas à desnutrição, o que representa mais de 3 milhões de crianças que morrem a cada ano em decorrência das complicações de saúde associadas à uma alimentação inadequada e insuficiente para atender as demandas do corpo que deveria estar em pleno desenvolvimento, mas que muitas vezes não recebe o aporte calórico necessário para manutenção das funções orgânicas do corpo (ESTRELA et al., 2018).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2015), a nutrição nos primeiros 1.000 dias de vida afeta o desenvolvimento e o funcionamento do sistema imunológico: as crianças cronicamente desnutridas são, portanto, mais propensas a morrer de doenças infecciosas comuns, como diarreia, malária ou sarampo. Paradoxalmente, a desnutrição crônica na primeira infância também aumenta o risco de obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas, como diabetes na idade adulta.

É importante ainda destacar as ramificações intergeracionais. Uma mãe cronicamente desnutrida tem maior probabilidade de ter um bebê desnutrido. O peso ao nascer dos bebês depende tanto do peso quanto da altura da mãe, por isso o baixo peso ao nascer

pode estar relacionado à condição de nutrição da mãe durante a infância e a gravidez (BATISTA; LIMA, 2020).

Uma menina atrofiada torna-se uma mulher adulta atrofiada. É mais provável que ela dê à luz um bebê pequeno, que por sua vez corre o risco de repetir o mesmo ciclo. E a perda de renda atribuível à desnutrição crônica que mantém esse círculo vicioso ao manter as pessoas na pobreza, geração após geração. As consequências da desnutrição crônica têm impacto em toda a vida de uma pessoa afetada, bem como na economia do país, pois as crianças que sofrem de desnutrição crônica nos primeiros 1.000 dias de vida também têm mais dificuldade de aprendizagem e são mais propensas a repetir as séries ou abandonar a escola (MOURA et al., 2015).

Crianças atrofiadas sofrem perdas econômicas na idade adulta por três razões: redução da produtividade física, diminuição das habilidades cognitivas e aumento dos custos de saúde devido ao sistema imunológico fraco. Como adultos, tendem a receber remuneração menor do que seus pares. Estima-se que as crianças raquíticas ganhem 20% menos quando adultas (SILVA, 2019).

A desnutrição é mais frequentemente observada através de medidas de peso e altura, que são comparadas em relação a um padrão de referência de crianças americanas da mesma idade. As variações de peso tendem a refletir deficiências nutricionais recentes, enquanto as variações de altura estão mais relacionadas às deficiências crônicas, que levam ao desenvolvimento retardado das estruturas óssea e muscular. Portanto, é necessário observar outros sintomas de desnutrição grave em crianças, os quais incluem: uma relação peso/altura insuficiente calculada de acordo com uma tabela de referência universal disponível na carteira de vacinação da criança; edema nutricional (edema dos tornozelos ou face) (OLIVEIRA, 2017).

2.2 Marasmo

Os fatores que contribuem para o marasmo nutricional são numerosos: infecções intestinais ou respiratórias repetidas; doenças infecciosas infantis (coqueluche, sarampo); doenças parasitárias, malária; fatores socioeconômicos muito desfavoráveis (quantidade diária de leite infantil insuficiente ou às vezes diluída); desconhecimento das necessidades nutricionais da criança em particular com amamentação prolongada sem alimentos complementares adequados: a ingestão calórica total será muito baixa, assim como a ingestão de proteínas. Também pode ocorrer em casos de prematuridade e distúrbios digestivos (problema de absorção de nutrientes). Em lugares onde os alimentos podem ser escassos, amamentar bebês pelo maior tempo possível pode ajudar a reduzir o risco de desnutrição. No entanto, se a amamentação continuar por mais de 6 meses sem que o bebê receba alimentos sólidos, o risco de marasmo também pode aumentar, especialmente se a mãe estiver desnutrida (GOMES; APRATTO JUNIOR, 2016).

Em casos graves, as crianças são hospitalizadas para superar rapidamente a deficiência energética e a desidratação frequente associada ao quadro clínico, sendo realizado exames clínicos e exames de sangue, urina e fezes para procurar possíveis infecções digestivas e respiratórias a serem tratadas em associação ao tratamento para o ganho de

peso adequado (MOREIRA et al., 2019).

2.3 Kwashiorkor

A desnutrição *Kwashiorkor* é uma desnutrição aguda que se desenvolve rapidamente devido a um desequilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais. Caracteriza-se por atrofia muscular, edema de membros inferiores, ascite, hepatomegalia e hipoalbuminemia ao exame de sangue (responsável pelo edema). Os primeiros sintomas são muito gerais: anemia, apatia, fadiga, irritabilidade, letargia (FERREIRA, 2017).

Pacientes com *kwashiorkor* apresentam edema que pode mascarar a verdadeira falha de crescimento devido ao peso do edema, retardando o diagnóstico de desnutrição. As alterações do cabelo e da pele costumam ser marcantes. O cabelo é hipopigmentado, variando de cor do amarelo avermelhado ao cinza ou mesmo branco. O cabelo fica seco e sem brilho; cabelos cacheados ficam macios e lisos; e descamação marcada (pontas quebradiças) é vista (SOUZA et al., 2020).

Especialmente marcante é o “sinal da bandeira”, afetando cabelos longos e normalmente escuros. As extensões dos fios de cabelo crescidos durante os períodos de má nutrição se tornam pálidos, de modo que faixas alternadas de tons claros e escuros podem ser vistas ao longo de um único fio de cabelo, indicando os períodos alternados de boa e má nutrição. Por sua vez, as unhas são macias e finas (FRAGA; VARELA, 2012).

3. PREVALÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO

Mundialmente, problemas relacionados à globalização, urbanização, diferenças de acesso aos serviços de saúde, distribuição desigual de renda, falta de acesso aos alimentos nutricionalmente adequados, assim como as mudanças climáticas que afetam a produção de alimentos contribuem para o aumento da desnutrição infantil, tornando o enfrentamento aos problemas decorrentes dessa realidade cruciais todos os países (BRASIL, 2020).

Por isso, é importante destacar que a desnutrição não atinge apenas as populações afetadas pela escassez de alimentos, especialmente encontradas em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. É uma doença que não poupa populações em países industrializados, atingindo também regiões onde há fartura de alimentos. Então, a desnutrição também pode ser causada pela falta de alimentos nutritivos, bem como por más práticas alimentares (PEREIRA et al., 2022).

A desnutrição já está presente em todos os países do mundo e a Organização das Nações Unidas (ONU, 2015) estima que afetará mais 2 bilhões de pessoas até 2050. É fato que as desigualdades sociais e a pobreza impactam a relação do ser humano com a alimentação, mas estas não são as únicas causas de desnutrição. Assim, comentam Dallazen et al. (2018) que a desnutrição continua sendo um problema sério: o mundo não



está no caminho para cumprir as metas do milênio que se propôs em relação ao acesso e qualidade dos alimentos disponíveis para a população mundial. Independentemente da região do mundo, a desnutrição em todas as suas formas permanece em um nível alto, demandando de ações para seu combate.

Observando as populações mundiais, verifica-se que apesar da redução do déficit de estatura, 150,8 milhões de crianças (22,2%) menores de 5 anos sofriam com essa realidade em 2016; 50,5 milhões de crianças menores de 5 anos estavam desnutridas; 20 milhões de recém-nascidos apresentavam baixo peso ao nascer; e 38,3 milhões de crianças menores de 5 anos estavam acima do peso, mostrando os extremos que a desnutrição se apresenta na população pediátrica (LIPORACE, 2019).

O número de crianças menores de 5 anos que sofrem de desnutrição – responsável por quase metade das mortes nessa faixa etária – certamente diminuiu em muitos países, mas esse declínio não é rápido o suficiente para atingir a meta de acabar com ela até 2030. Os números da desnutrição são preocupantes. No mundo inteiro, quase um quarto das crianças menores de 5 anos eram diagnosticadas como raquíticas em 2014. Enquanto quase 2 bilhões de adultos estavam com sobrepeso ou obesos, 821 milhões de pessoas, considerando crianças e adultos, sofrem de desnutrição. No total, a desnutrição afeta mais de uma em cada três pessoas (ONU, 2020).

Paralelamente ao declínio no número de crianças com atraso no crescimento desde 2000, a incidência de excesso de peso em crianças menores de 5 anos aumentou ao longo do tempo. Apesar desse quadro sombrio, houve progresso na redução do atraso no crescimento em crianças menores de 5 anos, uma luta que tem estado no centro do compromisso político com a nutrição nos últimos anos (PEREIRA et al., 2022).

As taxas mostram um declínio lento, mas constante, com a prevalência global caindo de 32,6% em 2000 para 22,2% em 2016. Por exemplo, desde 2000, a taxa de nanismo caiu de 57,1% para 36% no Nepal e de 52,7% para 33,4% no Lesoto. Regionalmente, a mesma taxa caiu de 38,1% para 23,2% na Ásia, de 16,9% para 9,6% na América Latina e Caribe e de 38,3% para 30,3% na África (LIPORACE, 2019). Os números mostram também que embora a prevalência de nanismo tenha diminuído na África, o número de crianças que sofrem dessa condição aumentou de forma constante, de 50,6 milhões em 2000 para 58,7 milhões em 2017. O sul da Ásia conta com 38,9% das crianças globalmente com atraso no crescimento, tornando-se a região mais atingida (INICEF, 2019).

A anemia, um problema que afeta meninas e mulheres adolescentes, tem prevalência que permanece alta entre meninas e mulheres de 15 a 49 anos, a taxa caindo de 31,6% em 2000 para 32,8% em 2011. Porém, o número de mulheres com idade 15 a 49 anos que sofrem de anemia aumentou desde 2012, chegando a 38% em 2016, uma condição que tem impactos de longo prazo na saúde da mãe e da criança. Existem diferenças significativas entre mulheres grávidas e não grávidas. Entre as gestantes, a prevalência global de anemia caiu ligeiramente, de 41,6% em 2000 para 40,1% em 2016. Entre outras mulheres, a taxa aumentou ligeiramente no mesmo período, de 31,1% para 32,5% no mesmo período (LIPORACE, 2019).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2019), no Relatório Situação Mundial da Infância 2019: Crianças, alimentos e nutrição, a subnutrição

predominou em 238,6 milhões de crianças de 0 a 5 anos no mundo. Porém o quadro geral é complexo, pois baixo peso, sobrepeso e obesidade se sobrepõem, de modo que o mesmo relatório afirma ainda que:

As comunidades enfrentam cada vez mais uma tripla carga de má nutrição: apesar do declínio da desnutrição, 149 milhões de crianças com menos de 5 anos ainda sofrem de déficit de crescimento e quase 50 milhões têm baixo peso; 340 milhões de crianças sofrem com a fome oculta – deficiências de vitaminas e minerais –; e as taxas de sobrepeso e obesidade estão subindo rapidamente. No século XXI, a má nutrição infantil deve ser entendida em um cenário de rápidas mudanças, incluindo o crescimento das populações urbanas e a globalização dos sistemas alimentares – que está levando ao aumento da disponibilidade de alimentos ricos em calorias, mas baixos em nutrientes (UNICEF, 2019, p. 5).

A prevenção da desnutrição infantil é um dos maiores desafios nos países em desenvolvimento: a mortalidade e o retardo de crescimento irreversível têm um impacto duradouro no desenvolvimento humano e econômico desses países. Embora a distribuição gratuita de alimentos adequados seja uma abordagem eficaz para combater a desnutrição aguda, por outro lado, é ineficaz na prevenção da desnutrição crônica e suas consequências, uma vez que os recursos públicos nos países em desenvolvimento são claramente insuficientes para cobrir o custo de forma sustentável (SCHAURICH; DELGADO, 2014).

3.1 Desnutrição infantil no Brasil

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), o Brasil apresentou uma queda gradual no número de mortes de crianças em decorrência da desnutrição e pobreza, passando de 17,5% para 0,35% desde 2007 até 2018. A região Nordeste apresenta o maior índice de mortalidade 48%, seguida da região Norte 20% e Sudeste com 17% (BRASIL, 2020), como ilustrado na Figura 1.

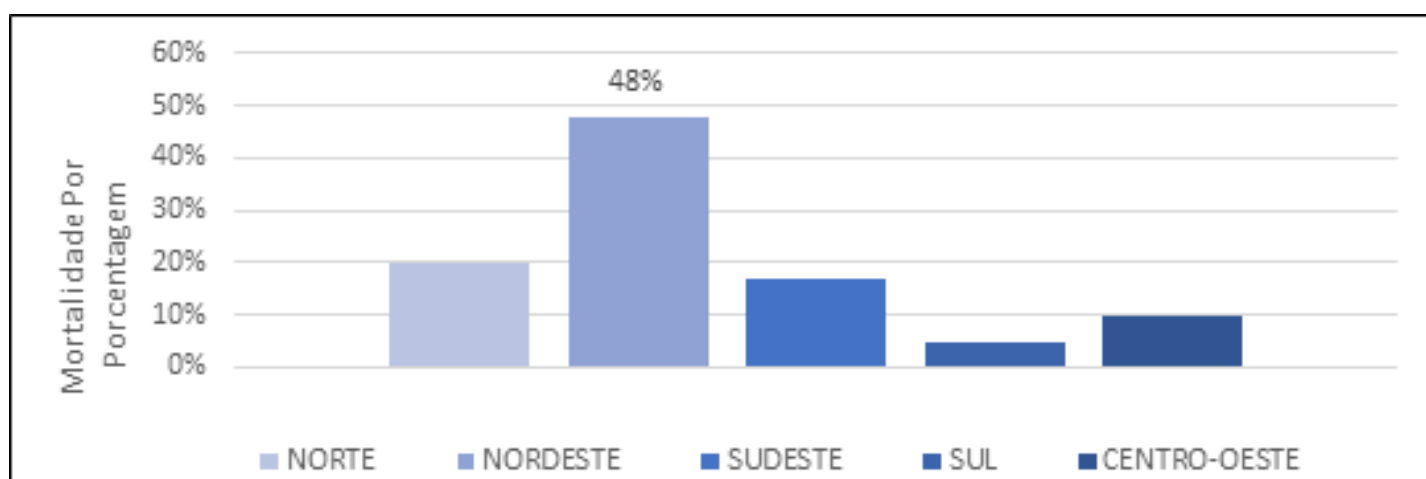


Figura 1 – Mortalidade infantil por desnutrição entre 2007 e 2018 no Brasil
 Fonte: Brasil (2020)

Como observado na Figura 1, a região com menor índice de mortes em consequência da desnutrição no Brasil é a Sul, onde foi verificada a prevalência 4,6%, sendo que a mortalidade avaliada pela cor/raça é maior entre as crianças pardas, que reúnem 48,5%

das mortes. Em seguida, as brancas e indígenas, com 27,8% e 12% respectivamente. Apesar das regiões Norte e Nordeste sofrerem com os altos índices de desnutrição, o panorama geral do país, nos últimos 10 anos, tem buscado estratégias que contribuam para a redução da desnutrição por altura-para-idade. Tais fatores refere-se a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) que possibilitou a expansão da assistência à saúde (11,6%), o crescimento da escolaridade materna (25,7%), o poder aquisitivo (21,7%) (CORRÊA, 2020).

A ESF, com o seu crescimento entre os anos de 2006 e 2016 em todas as regiões do país e nas Unidades Federativas possibilitou uma notória melhoria da saúde das crianças brasileiras. Esses fatores favoreceram a redução da mortalidade infantil relacionado à pobreza nos estados brasileiros. Ademais, essas estratégias em consonância com os avanços da atenção nutricional do programa de Atenção Básica: a Vigilância Alimentar e Nutricional, passou a ser utilizado como um eficiente recurso de acompanhamento da saúde nutricional das classes mais pobres do país, bem como todos os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, Corrêa (2020) nota que o declínio da desnutrição e morte infantil não ocorreu de forma homogênea e total no Brasil. Visto que a Região Norte e Nordeste ainda se encontram com altos índices de desnutrição crônica, demonstrando uma limitação nacional quanto a representatividade das crianças dessas regiões e uma forte tendência para desigualdades inter-regionais.

O Brasil vive o paradoxo de produzir o suficiente para alimentar toda a sua população, porém 72 milhões de pessoas no país vivem em situação de insegurança alimentar devido à falta constante ou temporária de alimentos. Mesmo sendo o país mais rico da América Latina e um grande produtor e exportador de alimentos a plena realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) encontra grandes empecilhos para ser efetivado, pois sua sociedade é desigual e exclui as camadas menos favorecidas de sua população. Por isso coexistem a insegurança alimentar e nutricional e a grande produção de alimentos. Isto implica em uma violação a um dos direitos humanos mais básicos, o de ter acesso a alimentação adequada (ABRANDH, 2015).

E, segundo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (BRASIL, 2013), a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a realização do direito de toda a população ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade satisfatória, sem afetar o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares que promovam a saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.

A SAN baseia-se em três eixos principais, a saber: acesso aos alimentos, qualidade dos alimentos e educação alimentar. O acesso aos alimentos refere-se à obtenção e à disponibilização de alimentos, de modo que estejam sempre ao alcance da população, em quantidade suficiente, com boa qualidade e preços compatíveis com o poder de compra da população (MONTAÑA, 2019).

A qualidade dos alimentos diz respeito à disponibilidade dos alimentos seguros e nutricionalmente adequados para o consumo da população, os quais devem ser produzidos, colhidos, transportados, comercializados e armazenados atendendo as boas práticas tanto

do ponto de vista nutricional quanto higiênico-sanitário, além de satisfazerem os hábitos e as práticas alimentares culturalmente construídas em cada população (ABRANDH, 2015).

Quanto à educação alimentar, é entendida como um processo de busca e difusão permanente do conhecimento sobre alimentos, alimentação e nutrição objetivando à apropriação e utilização desses conhecimentos pela população como fator determinante nas decisões e escolhas alimentares e nutricionais saudáveis. Engloba políticas públicas interdisciplinares de Educação Alimentar e Nutricional para a população como forma de facilitar os aprendizados a respeito da diversidade e valor nutritivo dos alimentos, combate ao desperdício e economia, compreensão e aplicação do DHAA, sendo um importante aspecto de intervenção dos profissionais de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, portas de entrada do sistema público brasileiro (MONTAÑA, 2019).

4. A ENFERMAGEM E A DESNUTRIÇÃO INFANTIL NA ASSISTÊNCIA BÁSICA DE SAÚDE

A enfermagem engloba intervenções amplas e variadas. O tratamento específico abordado nesse trabalho é a prevenção da desnutrição. O termo prevenção é frequentemente usado como sinônimo de profilaxia, defesa ou proteção da saúde. Este conceito também é utilizado fora do campo da saúde pública, caso em que se refere à prevenção e detecção precoce de doenças, incapacidades e morte prematura. Essa noção parte do fenômeno da doença ou lesão e tenta compreender suas causas, bem como descartar fatores causais (MOREIRA et al., 2019).

Diferentemente da promoção da saúde, a prevenção remete à noção de doença e pressupõe sempre o tipo de afecção que deve ser prevenida ou que deve ser objeto de diagnóstico precoce. A intervenção, nessa perspectiva, situa-se, portanto, ao nível da prevenção primária, definida como ações destinadas a reduzir a incidência de uma doença numa população, reduzindo assim o risco de aparecimento de novos casos (ARAÚJO et al., 2016).

A OMS, em se tratando da desnutrição, preconiza medidas de prevenção individuais (higiene pessoal, alimentação, atividade física e desportiva, vacinações, etc.) O papel da enfermeira é, nesta situação, mais do que essencial porque ela será a primeira a intervir junto da mãe. Sua ação deve ser adaptada às capacidades de compreensão da mãe. Acima de tudo, deve conhecer bem a população-alvo para levar em conta suas deficiências e recursos para construir intervenções adequadas (ESTRELA et al., 2018).

Além disso, como a questão de pesquisa é voltada para países em desenvolvimento, o enfermeiro deve levar em consideração a diversidade cultural. A cultura pode ser descrita como a soma das crenças, estilos de vida, valores e comportamentos característicos de uma família e de uma comunidade que são transmitidos pela sociedade de uma geração para outra. Todos esses pontos podem influenciar as causas das doenças, a qualidade do atendimento e a procura de ajuda (BRASIL, 2013).

O enfermeiro deve primeiro valorizar as características culturais, como a percepção da doença e da saúde, para poder oferecer um cuidado efetivo e respeitoso. O ambiente



também tem grande influência no acesso aos cuidados devido a distâncias, meios econômicos da família ou motivos pessoais. As condições sanitárias e climáticas podem ser, em determinadas situações, muito precárias e, portanto, desempenham um papel importante no aparecimento de doenças, especialmente na desnutrição infantil (FERREIRA, 2017).

Enfatizam Gomes e Apratto Junior (2016) que os enfermeiros podem utilizar diferentes métodos de identificação da desnutrição (peso/altura e classificação na curva de crescimento e ganho de peso) para avaliar se há risco, presença e o grau de desnutrição, sobretudo observando os outros sinais e sintomas que a criança desnutrida pode apresentar.

A consulta de enfermagem permite orientar sobre as necessidades de cuidados básicos através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como para a reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade. A consulta de enfermagem é uma atividade que oferece ao enfermeiro a oportunidade de cuidar do indivíduo, da família e da comunidade, devendo estar centrado no conhecimento científico e nas práticas de humanização do atendimento, através de uma relação interpessoal que delimita a área de responsabilidade do profissional e é dedicado à população em todas as fases do ciclo de vida (MARTINS; BRITO; PEREIRA, 2020).

O processo de cuidado de enfermagem é a ferramenta metodológica para realizar o diagnóstico em resposta às necessidades apresentadas e oferecer ações para promover comportamentos saudáveis e potencializar o autocuidado, além de desenvolver a prática independente e autônoma de seus profissionais. A consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um pilar fundamental no processo de mudanças e adaptações desse nível de atenção no Brasil (RAMOS, 2014).

Na perspectiva de Fraga e Varela (2012), a experiência e atuação dos enfermeiros no nível de atenção primária é de extrema importância para a realização do trabalho comunitário e para a implementação de estratégias, incluindo consultas e implementação de programas de combate à desnutrição em todas as suas formas. As relações enfermeiro-paciente na prática assistencial são essenciais para a atuação profissional.

Como destacam Ricardi e Sousa (2015), a Estratégia de Saúde da Família garantiu a sistematização, uniformidade, planejamento e controle das ações de saúde, levando à transformações a partir da experiência das equipes de saúde, mas sempre com base na organização do trabalho sem esquemas rígidos, com flexibilidade; Nesse aspecto, é necessária a participação comprometida com interesse e motivação dos profissionais de enfermagem em seu desenvolvimento para que o processo corresponda às demandas vigentes nas comunidades.

O enfermeiro da Atenção Primária tem funções muito importantes como acolher o recém-nascido na comunidade, fomentando o vínculo recém-nascido-família, observando seu ambiente familiar e estudando sobre o mundo ao redor da criança, para que possa dar conselhos de saúde aos pais, incluindo a introdução de alimentos complementares, aquisição de hábitos (sono, controle esfinteriano, alimentação, brincadeiras, promoção do contato, higiene), etc (SOUZA et al., 2020).

A enfermagem deve ainda envolver o restante da equipe do centro de saúde em situações pediátricas, pois é uma população que atendem com frequência e muitos usuários

solicitam informações em determinadas situações. A promoção da vacinação correta da população pediátrica e gestantes também é outro ponto importante, para desenvolver não só o aspecto da figura do enfermeiro na consulta pediátrica, mas também outros, como sessões grupais com a equipe de saúde, gestantes, puérperas e crianças (RAMOS, 2014).

Os enfermeiros fazem parte de uma equipe multidisciplinar, que pode incluir outros enfermeiros, auxiliares de saúde, médicos, fisioterapeutas e muitos outros. Os enfermeiros também podem estar em contato com assistentes sociais e psicólogos para avaliar as necessidades da criança e da família e, juntamente com a equipe, desenvolver um plano de cuidados que determina as necessidades da criança e o cronograma de tratamento (MARTINS; BRITO; PEREIRA, 2020).

4.1 Educação em saúde da gestação à infância

Na perspectiva de Silva (2019), as consultas de enfermagem em pediatria engloba um conjunto de ações periódicas de prevenção e promoção da saúde, bem como outras que visam promover comportamentos saudáveis (prevenção primária) ou evitar doenças (vacinações, saúde oral, etc.). Assim, destacam Medeiros, Giacomassa e Reis (2020) que em termos gerais, numa consulta de enfermagem pediátrica deve-se: aferir peso, altura e circunferência da cabeça, que devem ser monitorados, além de calcular o percentil de peso e altura da criança, verificando o crescimento e desenvolvimento do bebê ou criança pequena para encontrar ou prevenir problemas. O profissional de saúde deve registrar o peso, altura e outras informações importantes da criança na caderneta de vacinação.

Como comentam Pedraza et al. (2020), é necessário que os profissionais de enfermagem façam as recomendações para alimentação saudável e adequada de gestantes e crianças, considerando ainda o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra no momento da avaliação. Nesse sentido, a partir dos 6 meses, outros alimentos além do leite materno devem ser incorporados à dieta do lactente, para prevenir a desnutrição e fomentar os bons hábitos alimentares, assim como a introdução de variedades de alimentos, como frutas e legumes.

Contudo, deve-se ter a reflexão de que os distúrbios nutricionais em crianças não são apenas atribuíveis às causas imediatas, estritamente fisiológicas (efeito de doenças infecciosas ou parasitárias, ingestão insuficiente de energia e nutrientes) ou as causas globais derivadas do contexto econômico (pobreza), socioeducativas (falta de conhecimento) ou culturais (tabus e crenças alimentares) (LOPES et al., 2018).

Em um nível que poderia ser descrito como intermediário, o cuidado materno com a criança, tanto físico quanto socioemocional, também tem um impacto nutricional importante. Essa dimensão relacional na etiologia da desnutrição infantil foi reconhecida pela UNICEF sob o nome de "cuidado", que deve ser trabalhado desde o pré-natal com as gestantes, especialmente destacando a papel da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança (DALLAZEN et al., 2018).

Porém o cuidado materno é um conceito amplo, que refere-se ao conjunto de práticas que otimizam o uso dos recursos ambientais, incluindo alimentação e saúde, proporcio-



nando tempo, atenção e apoio necessários para atender às necessidades físicas, mentais e sociais da criança. Esta dimensão relacional é ainda mais vital para a sobrevivência e desenvolvimento da criança quando as condições de vida são desfavoráveis (BRASIL, 2014).

Schaurich e Delgado (2014) enfatizam que a nutrição e os cuidados nos primeiros anos são extremamente importantes para a saúde e o bem-estar ao longo da vida. Para o bebê, nada é mais precioso do que ser amamentado; no entanto, a amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e a introdução de alimentos complementares seguros e fornecidos corretamente enquanto continuam a ser amamentados até os 2 anos de idade ou mais não é a realidade vivenciada por muitas crianças.

As gestantes que realizam o pré-natal na rede pública de saúde devem receber orientações sobre aleitamento materno de enfermeiros e médicos durante toda a gestação, pois a intervenção educacional nesse tema pode promover maior adesão das mães ao aleitamento desde o nascimento da criança. Nesse contexto, as recomendações da enfermagem visam principalmente a necessidade de educação em relação às dificuldades associadas à amamentação e o momento ideal para iniciar a introdução de alimentos sólidos, em particular para as mulheres que sentem que o leite não é suficiente para o filho (GOMES; APRATTO JUNIOR, 2016).

A educação também deve ajudar a desenvolver os conhecimentos necessários para que as mães possam distinguir e reconhecer o estado nutricional de seu filho (entre crianças magras e crianças desnutridas) para ajustar a dieta. A educação diz respeito particularmente às famílias em vulnerabilidade socioeconômica, que não têm necessariamente os meios para comprar alimentos adequados (ARAÚJO et al., 2016).

Como destaca Ferreira (2017), a educação também deve focar na prevenção do desmame precoce e na importância do acompanhamento médico e de enfermagem quando a mãe sai da maternidade. O enfermeiro também deve identificar os fatores de risco para a introdução precoce do leite substituto, apoiar as mães na amamentação e fornecer informações adequadas sobre as fórmulas substitutas. Os profissionais devem convidar as famílias a participarem de programas de nutrição para melhorar o acompanhamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a desnutrição continua sendo uma grande questão de saúde pública, especialmente entre crianças menores de 5 anos. A desnutrição é definida como uma condição patológica resultante da deficiência, ou mesmo da ausência, de um ou mais nutrientes essenciais na dieta, pode levar à distúrbios devido à deficiência de iodo, anemia, etc.

Pode apresentar-se de forma crônica ou aguda, ou em ambas as formas associadas no mesmo indivíduo. Ao afetar as funções fisiológicas do organismo, a desnutrição prejudica a resposta imune às infecções, levando a um aumento do risco de morbidade e mortalidade. Também afeta o desenvolvimento físico e cerebral da criança, comprometendo suas chances de levar uma vida saudável e produtiva.

A desnutrição pode ser causada por uma multiplicidade de fatores, muitas vezes estruturais e ligados a um alto grau de pobreza. Porém, as questões que dão origem à desnutrição infantil, vão além do acesso à alimentação adequada, podendo perpassar por distúrbios fisiológicos e resultado de outras patologias, assim como a falta de informação e conscientização dos pais quanto à importância de uma alimentação adequada e equilibradas desde o desmame.

A intervenção da enfermagem no nível básico de atenção constitui uma força para promover a saúde e prevenir doenças, incluindo a desnutrição, que deve propor intervenções a serem realizadas a partir de diferentes eixos e abordagens no cuidado, sendo indispensável estabelecer um plano de cuidados baseado no conhecimento científico, ou seja, aplicando o Processo de Cuidado de Enfermagem que contribua para o fortalecimento dos sistemas de saúde para que as crianças que vivem em situação de insegurança alimentar sejam atendidas, contribuindo também para reduzir as lacunas em saúde que persistem no País.

Conclui-se que a educação em saúde deve ser direcionada aos cuidadores e especialmente à figura materna, que é elemento básico na proteção e sobrevivência da criança, sendo sua participação fundamental nos cuidados da criança durante os primeiros anos de vida. Assim, desde o período pré-natal a questão alimentar deve ser abordada, tanto para com a gestante quanto para nutriz, sendo estendido durante as consultas de pediatria, sendo o profissional de enfermagem capacitado para esse acompanhamento, que deve ser interdisciplinar e pautado nos cuidados e orientação.

Referências

ABRANDH. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. **A exigibilidade do direito humano à alimentação adequada**. Brasília: ABRANDH, 2015.

ARAÚJO, T. *et al.* Desnutrição infantil em um dos municípios de maior risco nutricional do Brasil: estudo de base populacional na Amazônia Ocidental Brasileira. **Revista brasileira epidemiológica**, São Paulo, v. 19, n. 03, jul./set. 2016.

BATISTA, M. H. de J.; LIMA, T. R. Desnutrição infantil: aspectos inerentes à enfermagem. **International Journal of Development Research**, v. 10, Issue, 06, p. 37075-37079, Jun./2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. **Mortalidade infantil no Brasil entre 2007 a 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CORRÊA, E. M. **Vigilância epidemiológica da desnutrição infantil na Região Norte brasileira de 2008 a 2017**. 2020. 132 f. Tese (Doutorado – Nutrição), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de



São Paulo, São Paulo, 2020.

DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v.34, n.2, p.1-13, 2018.

ESTRELA, A. B. N. *et al.* Contribuição do enfermeiro na promoção da qualidade nutricional infantil na Unidade Básica de Saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 28, n. 12, Jan./ Fev. 2018.

FERREIRA, A. P. D. **Evolução do estado nutricional de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo Sisvan e Programa Bolsa Família no município de Governador ValadaresMG**. 2017. 154fb. Dissertação (Mestrado - Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2017.

FRAGA, J. D. V.; VARELA, D. S. S. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. **Revista associação brasileira nutricional**, Ceara, v. 04, n. 05, jan./jun. 2012.

BFUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação mundial da infância 2019**. Crianças, alimentação e nutrição. Crescendo saudável em um mundo em transformação. UNICEF, 2019.

GALVÃO, M. A. M. **Fatores determinantes de desnutrição infantil em crianças de 0 a 05 anos no CERNUTRI – Boa Vista/Roraima**. 2014. 75f. Monografia (Mestrado profissional - Enfermagem – Materna, neonatal e do lactante). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GARCIA, L. R. S.; RONCALLI, A. G. Determinantes socioeconômicos e de saúde da desnutrição infantil: uma análise da distribuição espacial. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.]. Centro Universitário de Maringá. v. 13, n. 3, p. 595-606, 1 set. 2020.

GOMES, S. R.; APRATTO JUNIOR, P. C. Educação continuada ao cuidador familiar: intervenção do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 2, n. 1. 2016.

LIPORACE, T. **A sindemia global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas** — relatório da Comissão The Lancet, Jan.2019.

LOPES, W. C. *et al.* Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.l.],v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018.

MAIA, J; A.; MENEZES, F; de A.; SANTOS, P. A. de M. Percepção dos pais sobre a importância de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **DêCiência em Foco**, v. 1, n. 2, p. 53-63, 2017.

MARTINS M.C.Q.; BRITO de M.S.; PEREIRA C.A. Aleitamento Materno: a importância da amamentação e das ações de enfermagem na prevenção, orientação e solução de dúvidas provenientes do período pós-parto. **Rev. Multidisciplinar- Faculdade do nordeste de Minas**, c, V. 23.

MEDEIROS, I. C.; GIACOMASSA, M. S. D.; REIS, C. B. Capacitação dos enfermeiros da atenção básica para consulta de enfermagem em puericultura e prevenção da desnutrição e baixo peso infantil. **Anais do SEMEX**, [S. l.], n. 12, 2020.

MONTAÑA, M. M. **Compreensão sobre segurança alimentar e nutricional**. Módulo I: gestão de políticas públicas na perspectiva da SAN. Curso de formação básica de gestores de RPs / BAs / CCs – REDESAN - 2019. Texto da semana 03/18 – de 01 a 05 / junho / 2019.

MONTEIRO, F. P. M.; CAETANO, J. Á.; ARAUJO, T. L de. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. **Revista da Escola Anna Nery** [online]. v. 14, n. 2, p. 406-411. 2017.

MOREIRA, L. C. de Q. *et al.* Introdução de alimentos complementares em lactentes. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1-6, 2019.

MOURA, M. A. P. *et al.* Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-238, 2015.

OLIVEIRA, E. M. de. **Perfil de morbidade e estado nutricional em crianças indígenas pertencentes ao distrito sanitário especial indígena leste de Roraima (2014-2015)**. 2017. 85f. Dissertação (Mestrado - Ciências da Saúde). Universidade Federal de Roraima. Boa Vista – RR, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Rio de Janeiro: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Relatório da ONU aponta desigualdade em nutrição em países da América Latina e Caribe. **ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas**, 3 dezembro 2020.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate** [online]. Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 141-151, jan-mar./2020.

PEREIRA, T; da C. *et al.* Estado nutricional de crianças residentes em comunidades rurais: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e53011125276, 2022.

QUADROS, S. X. N. **Avaliação da terapia nutricional empregada na criança desnutrida em uso de dieta enteral em um hospital infantil de Boa Vista, Roraima**. 2017. 99f. Dissertação (Mestrado - Ciências da Saúde). Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, RR, 2017.

RAMOS, M. K. K. P. **Descrição da agenda para intensificação da atenção nutricional à desnutrição infantil e suas metas nos municípios brasileiros**. 2014. 187f. Dissertação (Mestrado - Enfermagem), Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 20, n. 1, p. 209-18. 2015.

SCHAURICH, G. F.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação em crianças de 6 a 24 meses. **Rev. CEFAC**, v.16, n.5, p.1579-1588, 2014.

SILVA, T. C. T. da. **A caderneta de saúde da criança para o cuidado integral à saúde infantil: percepções de profissionais de saúde**. 2019. 111f. Dissertação (Mestrado - Ciências do Cuidado em Saúde). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2019.

SOUZA, T. S. de *et al.* Diagnósticos e resultados de enfermagem à criança com alteração nutricional: estudo descritivo. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. v. 73, n. 3, e20180809. 2020.

VIERA, M.M. *et al.* A atenção da enfermagem na saúde da criança: revisão integrativa da literatura. **Revista Uniara**. v. 18, nº 1, jul./2015.

CAPÍTULO 10

ALEITAMENTO MATERNO: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

BREASTFEEDING: THE ROLE OF NURSING IN PREVENTING EARLY WEANING

Brenda Danielly Fernandes Santos¹

Eduardo Silva Amorim²

Vanessa Laís Costa¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A assistência pediátrica prestada pela Enfermagem pode ser de caráter preventiva, curativa, paliativa e reabilitadora é de natureza técnica, relacional e educativa. Nesse sentido, quanto às questões relacionadas à amamentação e ao desmame, as orientações e ações desses profissionais podem ser determinantes para que esses processos tenham sucesso, garantindo segurança alimentar às crianças, através da amamentação exclusiva até os 6 meses e suplementar até os 2 anos, além de promover o fortalecimento dos vínculos mãe e filho. Esse trabalho teve como objetivo discutir o papel da enfermagem na promoção eficaz do aleitamento materno e na prevenção do desmame precoce. Através de uma revisão bibliográfica, verificou-se o desmame precoce ocorre por motivos individuais da gestante, como falta de conhecimento, atitudes negativas em relação à amamentação exclusiva e falta de interesse em amamentar, além de motivos sociais, como a necessidade de volta rápida ao mercado de trabalho, ou ainda falta de apoio familiar. Conclui-se que o papel da Enfermagem na prevenção do desmame precoce começa ainda durante a gestação, durante o pré-natal, e se prolonga pelo tempo necessário para garantir que a criança tenha suas demandas alimentares e nutricionais atendidas.

Palavras chave: Enfermagem; Aleitamento; Prevenção; Desmame Precoce.

Abstract

Pediatric care provided by Nursing can be of a preventive, curative, palliative and rehabilitative nature and is of a technical, relational and educational nature. In this sense, regarding issues related to breastfeeding and weaning, the guidelines and actions of these professionals can be decisive for these processes to be successful, guaranteeing food security for children, through exclusive breastfeeding up to 6 months and supplementary up to 2 years, in addition to promoting the strengthening of mother and child bonds. This study aimed to discuss the role of nursing in the effective promotion of breastfeeding and prevention of early weaning. Through a bibliographic review, it was verified that early weaning occurs for individual reasons of the pregnant woman, such as lack of knowledge, negative attitudes towards exclusive breastfeeding and lack of interest in breastfeeding, in addition to social reasons, such as the need to quickly return to work. labor market, or lack of family support. It is concluded that the role of Nursing in the prevention of early weaning begins during pregnancy, during prenatal care, and continues for the time necessary to ensure that the child's food and nutritional demands are met.

Key-words: Nursing; Breastfeeding; Prevention; Early Weaning.



1. INTRODUÇÃO

A amamentação é universalmente reconhecida como o método natural e adequado de alimentação de bebês e crianças pequenas, garantindo um crescimento e desenvolvimento ideal. Ao mesmo tempo, a amamentação aumenta o conforto intelectual e psicoemocional dos bebês e estreita as relações mãe-bebê.

O desmame marca o início de outros estímulos sensoriais para o bebê, diferentes daqueles poucos experimentados nos primeiros meses de vida: sabores, aromas, toques, temperaturas diferentes, outros rostos, outras formas, outros gestos, outros sons, etc. Portanto, por ser uma etapa muito delicada e complexa, deve ser iniciada apenas quando a criança estiver realmente preparada.

O momento e o processo de desmame precisam ser individualizados para a mãe e para o filho, podendo ser abrupto ou gradual, levar semanas ou vários meses, ser conduzido pela criança ou pela mãe. As consultas de enfermagem pediátrica na Assistência Primária à Saúde devem orientar e apoiar as mães durante o processo de desmame e introdução de novos alimentos.

A educação em saúde durante a gestação e após o parto é o preditor mais significativo para a duração do aleitamento materno. O aleitamento materno bem-sucedido começa quando a mãe tem apoio e informações apresentadas por profissionais de saúde. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que seja mantido o aleitamento materno exclusivo dos bebês durante os primeiros seis meses de vida e o aleitamento materno por dois anos ou mais, com a inclusão de alimentos complementares para atingir o crescimento e a saúde ideais.

Para a maioria dos bebês nascidos à termo no Brasil, o processo de desmame é uma de suas primeiras transições significativas, tornando o assunto digno de uma discussão aprofundada. Conhecer os fatores que podem influenciar o desmame precoce é essencial ao trabalho da enfermagem e das equipes de saúde que acompanham as mães desde a gestação, fazendo um trabalho de educação em saúde indispensável, justificando a realização dessa pesquisa.

O desmame é, sem dúvida, um dos temas que necessitam de maior orientação quanto a alimentação infantil entre as crianças de zero à dois anos de idade, pois seu sucesso influenciará efetivamente nas escolhas e preferências alimentares que as crianças farão quando forem mais velhas e independentes. Mas uma constante dúvida das mães que vem à tona nas consultas em enfermagem pediátrica é sobre o momento em que o desmame se faz ideal. Assim, questiona-se: qual o papel dos profissionais de enfermagem na promoção do aleitamento materno adequado, visando prevenir o desmame precoce?

O objetivo geral dessa pesquisa é compreender a importância do papel da enfermagem na promoção eficaz do aleitamento materno. Como objetivos específicos, foram definidos: demonstrar os conceitos e características da amamentação e do desmame; descrever os problemas que podem decorrer do desmame precoce para saúde da criança menor de seis meses; e, estudar as orientações que podem ser dadas na consulta de en-

fermagem em pediatria para prevenção do desmame precoce.

Foi utilizado o método de revisão de literatura, sendo selecionados artigos e diversos materiais de cunho científico disponíveis em bases nas dados eletrônicas Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram usados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): aleitamento materno; desmame; enfermagem; e alimentação infantil. Foram incluídas publicações produzidas em português entre 2011 e 2021.

2. A AMAMENTAÇÃO E O LEITE MATERNO

No final da gravidez, as células epiteliais se diferenciam. As células adquirem todas as características de uma célula secretora. Todos os elementos necessários para a produção de leite são desenvolvidos, mas a lactação não é clinicamente iniciada nesta fase, denominada de lactogênese subclínica (SILVA et al., 2017).

Os produtos da secreção se acumulam no lúmen dos ácinos que se dilatam. As células epiteliais se achatam e as células mioepiteliais esticadas são pouco visíveis. Durante este período, no entanto, existem duas particularidades: as proteínas são excretadas na luz, mas as gorduras permanecem intracelulares. Isso explica o alto teor de proteína do colostro; nem todas as vias metabólicas sintéticas são funcionais. É o caso da síntese de alfa-lactalbumina, que não ocorre nesta fase (BRASIL, 2016).

O leite é produzido pelas células secretoras do epitélio mamário. É secretada continuamente nos ácinos e depois armazenada no lúmen alveolar aguardando sua ejeção: dois níveis de regulação: produção e ejeção; dois mecanismos de controle: um central denominado endócrino e outro local denominado autócrino (SILVA et al., 2021).

A sucção leva à estimulação do complexo aréola-mamário, que por sua vez leva a uma ação do complexo hipotálamo-hipofisário. Sob o efeito da produção de prolactina, os lactócitos garantem a síntese e o armazenamento do leite. Sob o efeito da secreção de ocitocina, as células mioepiteliais que circundam os lactócitos se contraem e permitem a ejeção do leite para o exterior, através dos ductos lácteos (OLIVEIRA et al., 2018).

A prolactina é o principal hormônio que permitirá a síntese dos constituintes do leite. Esta prolactina é secretada pelas células lactotróficas da hipófise anterior. Sua secreção é pulsátil. Pode-se ter 7 a 20 picos por dia, sobrepostos ao nível sérico basal durante toda a duração da lactação. Sua secreção é permitida por simulação mecânica aréola-mamilo. A amplitude de sua secreção dependerá da intensidade da estimulação, mas diminui com o tempo. Um aumento na sensibilidade dos receptores é evocado, sem certeza, para explicar essa diminuição. A secreção desse hormônio sofrerá variações circadianas, ou seja, variações durante o dia: mais altas no final da noite e mais baixas no meio do dia (IKEUTI; ZAMBERLAN, 2013).

Em associação com o cortisol, a prolactina exercerá um retrocontrole positivo ou negativo na produção de seus próprios receptores: efeito positivo: um aumento na concentração de prolactina e um aumento na duração da exposição dos lactócitos a esse mesmo



hormônio levará a um aumento no número de receptores na membrana dos lactócitos; efeito negativo: uma redução na concentração de prolactina e uma redução na duração da exposição dos lactócitos levará a uma redução no número de receptores na membrana dos lactócitos (BRASIL, 2016).

Quanto mais elaborada a técnica de sucção, quanto mais os receptores de estiramento localizados na aréola forem estimulados, mais haverá aumento da síntese de prolactina e ocitocina; importância da alimentação noturna. A secreção de prolactina é maior por volta das 5 da manhã, a quantidade de leite ejetado também aumenta; quanto mais cedo, mais repetidamente e mais eficazmente o recém-nascido suga, mais aumenta o número de receptores de prolactina, o que aumenta a produção de leite.

A ocitocina é o hormônio de ejeção do leite. Sua síntese ocorre no hipotálamo, mas o armazenamento está localizado na hipófise posterior. A secreção de ocitocina é pulsátil, há 4 a 10 picos por 10 minutos. A estimulação do complexo aréola-mamilo por meio dos receptores de estiramento localizados na aréola permitirá a síntese desse hormônio (LEIFER, 2013).

Sua secreção também depende do estado emocional da mãe. Uma situação de estresse ou incômodo materno pode levar à diminuição ou mesmo ao desaparecimento da síntese e secreção de ocitocina. Às vezes há um período de latência entre o momento da estimulação da mama e o início da síntese de ocitocina, ou seja, o início da ejeção do leite. Esse tempo de latência varia de uma mulher para outra de 0 a 15 minutos (SILVA, 2018).

A fase I da lactogênese também é chamada de fase colostrar. Começa durante a gravidez e termina 2 ou 3 dias após o nascimento, quando o leite entra. Durante a gravidez, a secreção de leite é retardada pelo duplo papel inibitório da progesterona, acima de tudo, e do estrogênio, secundariamente. No nível pituitário, a progesterona retarda a secreção de prolactina, no nível mamário, impede a ação da prolactina na produção de certos componentes proteicos da lactose.

A progesterona atua na permeabilidade das junções apertadas. É quando as junções celulares são abertas e o colostro produzido é reabsorvido na circulação materna. A lactose é assim encontrada no sangue e na urina maternos. Nos primeiros dias após o nascimento, um pequeno volume de colostro é produzido. Durante este período, a criança precisa de proteção imunológica e suporte nutricional. Isso permite que o recém-nascido adquira e aperfeiçoe sua técnica de sucção, por um lado, e adquira proteção das mucosas digestivas, por outro (SOBRAL; DOMINGOS; SILVA, 2019).

O colostro é um primeiro leite que evolui para leite maduro após cerca de três dias: é quando ocorre o fluxo de leite com um aumento significativo no volume de leite produzido. De cor amarelo-alaranjada, este líquido é muito rico em proteínas e anticorpos, o que o torna um alimento perfeitamente adaptado às necessidades do recém-nascido durante as primeiras 48 a 72 horas após o nascimento (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

Durante os três primeiros dias de amamentação, o leite humano, então chamado colostro, tem uma composição diferente do leite maduro. Menos rico em lipídios e lactose, tem menor densidade energética (450-480 contra 650-700 kcal/L); por outro lado, é mais rico em células imunocompetentes (10 vezes mais), em oligossacarídeos (22 a 24

contra 12 a 13 g/L) e em proteínas (22 contra 11 g/L), em particular IgAs, lactoferrinas, vários fatores de crescimento, várias citocinas, enquanto as caseínas estão praticamente ausentes (SILVA; BARROS, 2019).

O colostro é rico em anticorpos (IgA) e em milhões de glóbulos brancos que garantem proteção contra infecções; grande quantidade de sais minerais retendo água no corpo do recém-nascido e limitando a perda hídrica e a perda de peso nos primeiros dias; proteínas e gorduras para o crescimento; hormônios e enzimas que facilitam a digestão e induzem o metabolismo hepático; fatores de crescimento tecidual e fatores que promovem a multiplicação e estabelecimento de bactérias intestinais envolvidas no bom funcionamento do sistema imunológico digestivo e na defesa contra infecções; a vitamina E é a mais importante no colostro (BRASIL, 2015).

Todos esses elementos contribuem para a proteção do recém-nascido, que é particularmente vulnerável a infecções. Em poucos dias, a composição atinge a do leite maduro. O leite de mulheres que dão à luz prematuramente é mais rico em PUFA (ácidos graxos poliinsaturados), que corresponde às maiores necessidades dos prematuros desses PUFA para maturação cerebral (SANTOS et al., 2020).

O colostro é gradualmente substituído pelo leite de transição e depois pelo leite maduro. A composição do leite varia de dia para dia e de alimentação para alimentação. A composição do leite varia durante a amamentação, tornando-se mais rica em gordura à medida que o seio vai esvaziando ou quando as mamadas se aproximam, mas também durante o dia e ao longo dos meses para se adaptar às necessidades do bebê em crescimento (BRASIL, 2014).

No decorrer dos 7 a 21 dias de lactação é produzido o denominado leite de transição. As concentrações das IgG e proteínas diminuem, enquanto as de lactose e gordura aumentam, tomando o leite com valor calórico maior do que o do colostro. A lactogênese do estágio II segue a lactogênese do estágio I, também chamada de fase do leite maduro.

A lactogênese do estágio II é desencadeada pela queda no nível de hormônios placentários: principalmente a progesterona, observado imediatamente após o parto. Isso levará a um fechamento das junções intercelulares, uma modificação da secreção láctea e um aumento no volume de leite produzido, tanto mais quanto a extração do leite ocorre rapidamente. A produção de leite aumentará para se adaptar às necessidades da criança (BRASIL, 2012).

O leite materno é facilmente digerível e contém todos os nutrientes de que um bebê precisa, bem como anticorpos e propriedades imunológicas para prevenir infecções e doenças. Quando uma criança é desmamada cedo, pode perder alguns destes benefícios. É a melhor fonte de nutrição para bebês e é importante para o seu crescimento e para o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso, pois contém as vitaminas, sais minerais, oligoelementos, açúcares, gorduras, proteínas que o bebê precisa para crescer bem, tudo nas quantidades adequadas (AMARAL, 2017), conforme apresentado na Tabela 1.

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite maduro (26-29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Tabela 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.

Fonte: Brasil (2015)

Embora não tenha sido mencionada na Tabela 1, a água é o principal constituinte do leite (88 g / 100 ml). Quanto ao teor proteico do leite humano, entre 8 e 12 g/L, é significativamente inferior ao de outros mamíferos, no entanto, adapta-se perfeitamente às necessidades do bebê devido à excelente absorção e perfeita adequação ao perfil dos aminoácidos. As proteínas do leite humano também são muito específicas; até as caseínas, que representam apenas 40% das proteínas (comparadas com 80% no leite de vaca) são diferentes (BRASIL, 2015).

As caseínas do leite humano formam micelas muito menores do que as do leite de vaca. São principalmente caseína – cuja hidrólise leva a peptídeos (caseomorfina) com propriedades opióides e caseína – altamente glicosilada, cuja fração tem efeitos bifidogênicos. Afinal, uma alta porcentagem de proteínas não precipita como caseínas, sendo chamadas de proteínas solúveis (SANTOS, 2020).

A caseína representa 30% do total de proteínas (0,9-1,2 g/100 ml); muito fina, muito digerível; é o local das ligações de ferro. Já as proteínas solúveis somam 70% do total de proteínas: lactoferrina que tem afinidade pelo ferro, daí sua propriedade bacteriostática; a alfa-lactalbumina está envolvida na síntese da lactose; imunoglobulinas estão em menor quantidade do que no colostro (GUILHERME; NASCIMENTO, 2013).

O leite materno contém pouco IgG, que a criança recebe de sua mãe por via transplacentária. Por outro lado, o leite é muito rico em IgA secretora, resistente à acidez gástrica e, portanto, ativo na proteção da barreira intestinal. Essa alta porcentagem de proteínas solúveis e as pequenas micelas de caseína explicam a coagulação do leite humano no estômago do lactente, contribuindo para o esvaziamento gástrico mais rápido (IKEUTI; ZAMBERLAN, 2013).

Entre essas proteínas solúveis, algumas têm um papel funcional essencial, como as imunoglobulinas, em particular IgA do tipo secretor (IgAs) (0,5 a 1 g/L), lactoferrinas, lisozima, beta-defensina 1, enzimas (especialmente uma lipase), fatores como Fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 ou somatomedina C (Insulin-like Factor – IGF-1), Fator de Crescimento Transformador (Transforming Growth Factor – TGF), Fator de Crescimento Leucocitário (G-CSF) e Fator de Crescimento Epidérmico (Epidermal Growth Factor – EGF), que tem ação trófica nas mucosas gástricas e intestinais e também a eritropoietina, proteínas de ligação ao folato, vitaminas B12 e D. Quanto aos lipídios (3-4g/100ml), sua composição é a mais variável, depende da dieta materna, da hora do dia, do estágio da lactação e do período de amamentação. Os lipídios fornecem 50% da ingestão calórica, dos quais (OLIVEIRA et al., 2018):

- a) triglicerídeos: compõem 98% dos lipídios. Ricos em ácidos graxos essenciais, são importantes para a constituição das membranas (cérebro, retina, etc.) e para a síntese de prostaglandinas;
- b) colesterol: varia pouco com a dieta da mãe ou com o estágio da lactação. No entanto, encontramos no leite humano desde os primeiros dias fatores que influenciam o metabolismo do colesterol, o que protegeria o indivíduo contra a hipercolesterolemia a longo prazo.

Os níveis de colesterol também são mais altos em bebês amamentados. Deve-se lembrar o papel do colesterol na estrutura das membranas, como precursor hormonal e no desenvolvimento do cérebro. O leite humano contém PUFAs, ácidos graxos essenciais, mas também seus equivalentes superiores, em particular o ácido araquidônico (AA: 0,46 g/100 g de ácidos graxos) na série linoleica (n-6) e ácido docosahexaenóico (DHA: 0,25 g/100 g de ácidos graxos) na série-linolênico (n -3). Este conteúdo depende da ingestão dietética de ácidos graxos n-6 e n-3 da mulher que amamenta. Aminoácidos e o ácido docosa-hexaenóico (DHA) têm um papel importante nos processos de maturação cerebral e retiniana (OLIVEIRA et al., 2018).

Assim, a ingestão de proteínas a partir do leite materno é baixa (0,9 a 1,1 g/dl), mas fornece elementos essenciais para constituir uma melhor defesa contra ataques infecciosos (Ig A, lactoferrina, lisozima, oligossacarídeos), mas não incluem beta-lactoglobulina, que é a causa das alergias às proteínas do leite de vaca (SILVA et al., 2021).

Além de fornecer nutrientes essenciais para bebês, o leite materno está relacionado à diminuição da síndrome da morte súbita infantil, infecções do trato respiratório-gastrointestinal, otite média, asma, dermatite atópica e doenças alérgicas, bem como um menor risco de desenvolver obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças hematológicas malignidades na vida futura (LEIFER, 2013).

A amamentação continua sendo a melhor opção de alimentação infantil em quase todas as situações complexas, por exemplo: recém-nascidos com baixo peso ou prematuros; mães vivendo com HIV em locais onde a mortalidade por diarreia, pneumonia e desnutrição continua prevalecendo; mães adolescentes; bebês e crianças pequenas desnutridas; e famílias em vulnerabilidade socioeconômica (BRASIL, 2014).

A amamentação de longo prazo contribui para a saúde e o bem-estar das mães: reduz o risco de câncer de ovário e de mama e ajuda a espaçar a gravidez, a amamentação exclusiva de bebês com menos de 6 meses tem um efeito hormonal que geralmente induz à amenorreia. Este é um método natural (embora não à prova de falhas) de controle de natalidade conhecido como Método da Amenorreia da Lactação (BRASIL, 2012). Ao mesmo tempo, as mães que amamentam podem ter um risco menor de sangramento pós-parto devido ao aumento da atividade uterina e ter uma recuperação mais rápida às condições corporais pré-gravídicas em comparação com aquelas que alimentam os bebês com fórmulas infantis (AMARAL, 2017).

A produção do leite e a amamentação também são acompanhadas por contrações que promovem a involução uterina após o parto e, portanto, reduzem as hemorragias pós-parto. Também leva a uma redução do risco de osteoporose para mães, promove uma

relação psicoafetiva favorável ao bom desenvolvimento da criança e permite um melhor desenvolvimento da relação mãe e do filho (SILVA; BARROS, 2019).

3. DESMAME PRECOCE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, tanto nos países em desenvolvimento como nos industrializados. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) adotaram a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças em 2002, a qual também foi adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012).

O objetivo dessa estratégia é melhorar o estado nutricional, o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e, assim, a sobrevivência de bebês e crianças pequenas por meio de uma nutrição ideal. Visa ainda, entre outras coisas, criar um ambiente que permita às mães, às famílias e aos outros cuidadores fazerem escolhas totalmente informadas em todas as circunstâncias sobre as práticas ideais de alimentação de bebês e crianças pequenas e aplicar essas escolhas.

As recomendações de saúde foram refinadas para atender também às necessidades de bebês nascidos de mães infectadas pelo HIV. Os medicamentos antirretrovirais agora permitem que essas crianças sejam amamentadas exclusivamente até os 6 meses de idade e continuem a ser amamentadas até pelo menos 12 meses de idade, com um risco significativamente reduzido de transmissão do HIV (BRASIL, 2015).

Contudo, a realidade é que embora as diretrizes da OMS, seguidas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, indiquem a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade a fim de garantir ao bebê ótimo crescimento, desenvolvimento e saúde, e a partir do sexto mês a introdução de nutrição complementar, mantendo a amamentação até os dois anos de idade e além, o que se observa é uma tendência à prática do desmame precoce.

Os dados a respeito da nutrição relativos ao Brasil, colhidos entre 2008 e 2012 apontam que amamentação na primeira hora de vida foi praticada em 67,7% dos casos; a amamentação exclusiva até os 6 meses fica em torno de 41% dos bebês, enquanto até os 2 anos fica na faixa dos 25%. Já a introdução de outros alimentos entre os 6 a 8 meses prevalece em 69% das crianças (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

No sentido mais amplo, o desmame começa assim que a criança começa a consumir qualquer alimento além do leite materno, incluindo as fórmulas lácteas infantis. Assim, o bebê que ainda na maternidade recebe diariamente fórmula infantil já iniciou o processo de desmame. Um bebê amamentado exclusivamente pode não começar a desmamar até que os sólidos sejam introduzidos aos seis meses de idade, desfrutando de todo o curso natural da amamentação, estendendo-se até o segundo ou mesmo terceiro ano, eventualmente passando mais tempo desmamando do que amamentando exclusivamente.

O desmame precoce está correlacionado a um maior risco de intolerâncias e alergias alimentares, além de síndromes autoimunes na idade adulta. Porém, o termo desmame

não deve ser desqualificado ou entendido como sinônimo de perda de um hábito benéfico. O termo “desmame” vem do latim *separare*, que significa “separar”. O desmame da amamentação é uma fase natural e inevitável do desenvolvimento da criança. É um processo complexo que requer ajustes nutricionais, imunológicos, bioquímicos e psicológicos.

O desmame pode significar a cessação total da amamentação (desmame abrupto ou definitivo) ou, para os fins do processo de educação em saúde, o início do processo gradual de introdução de alimentos complementares na dieta do lactente. A introdução do primeiro alimento diferente do leite materno é, por definição, o verdadeiro começo do desmame (SANTOS et al., 2020).

Bebês alimentados com fórmula podem receber alimentos na forma líquida em uma mamadeira, enquanto nenhum leite materno é fornecido. Qualquer outra combinação de leite materno com fórmula e/ou líquidos adicionais, ou a administração de alimentos e líquidos à base de fórmulas infantis é classificada como amamentação parcial.

O desmame não é simplesmente a passagem de uma dieta exclusivamente láctea, tendo a mãe como fonte, para uma não láctea; de uma dieta líquida para uma sólida e com novos sabores; mas também significa o desprendimento do seio e, portanto, da necessidade da mãe como manancial e entrada na realidade alimentar familiar (LEIFER, 2013).

O desmame gradual permite que a criança se adapte lentamente a uma nova fonte de alimento e não sinta que está perdendo o conforto e a segurança que a amamentação proporciona. Portanto, sendo definido que a melhor época para iniciar o desmame é a partir dos seis meses, é importante conhecer como é apropriado fazê-lo: os alimentos que podem ser propostos, qual a frequência, como evitar riscos como alergias (SANTOS et al., 2020).

3.1 Motivos que levam ao desmame precoce

Na sociedade ocidental, o desmame é comumente estruturado em torno dos planos e desejos da mãe. Embora devesse ser um processo gradual, às vezes a interrupção abrupta da amamentação se torna necessária. Isso é especialmente difícil para a mãe e o bebê quando um lactente exclusivamente amamentado deve ser desmamado repentinamente.

Vários fatores têm se mostrado associados ao início e à duração da amamentação. A idade avançada da mãe, maior nível educacional materno, maior nível socioeconômico, educação em saúde no pré-natal, suporte social e um bebê com peso ao nascer acima de 3 kg e idade maior que 38 semanas de gestação, aspectos do sistema de saúde pública e políticas sociais, bem como publicidade e promoção de métodos alternativos de alimentação têm um efeito positivo na amamentação exclusiva (GRAVENA et al., 2013).

Ao mesmo tempo, existe uma variedade de fatores influenciam e determinam o fim e a menor duração da amamentação, incluindo características pessoais e socioculturais da mãe, características físicas da criança e da família. A idade mais jovem pode estar associada à falta de experiência, menor apoio familiar ou do parceiro, dependência econômica,

menor escolaridade e insegurança, o que está associado à maior dificuldade em manter ao aleitamento exclusivo.

Às vezes, o desmame liderado pela mãe ocorre por motivos mais complexos. Por exemplo, mulheres mais velhas que, tendo começado tarde a família, decidem desmamar para aumentar as chances de conceber outro filho. A recuperação do parto e a produção de leite materno consomem muita energia. Se a mãe também tem outros filhos e responsabilidades, pode se sentir ainda mais esgotada e ter dificuldade de amamentar por estar sempre exausta (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

Às vezes, uma nova gestação acontece enquanto a mulher ainda está amamentando outra criança, mas nem sempre é necessário o desmame precoce. Contudo, como a amamentação pode causar contrações uterinas, e se a mulher tem alto risco de aborto ou parto prematuro, o desmame pode ser a opção mais segura.

Também alguns bebês amamentados exibem reações alérgicas graves a vários alimentos da dieta das nutrizes. Essas mulheres restringem suas próprias dietas durante a amamentação, às vezes de forma drástica. Depois que os bebês alcançam maturidade fisiológica para se adaptar às formulas infantis ou desmame precoce, podem voltar a ter uma dieta mais variada.

A baixa escolaridade pode influenciar no abandono precoce do aleitamento materno, pois pode estar relacionado à falta de informação ou à incompreensão da mesma. Da mesma forma, o baixo nível socioeconômico pode influenciar negativamente o início e a manutenção da amamentação exclusiva por desinformação ou dificuldade de acesso a programas de promoção e apoio ao aleitamento materno. Além disso, aquelas mulheres de alta renda econômica não só parecem ter maior conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, como também têm mais recursos para buscar ajuda caso surjam problemas no processo.

O retorno ao trabalho é um fator que está intimamente relacionado às políticas dos diferentes tipos de regime de trabalho quanto à duração da licença maternidade ou à conciliação da família e do trabalho, assim como a necessidade de manter ou compartilhar despesas familiares o que poderia constituir um elemento que ajuda favorecer o desmame precoce (SILVA; BARROS, 2019).

Por exemplo, muitas mulheres desmamam seus bebês antes de voltar ao trabalho porque duvidam que possam combinar amamentação e os turnos das atividades laborais. Muitas mulheres não podem se comprometer com a amamentação por um período de tempo, como seis meses, e então parar de amamentar quando atingirem seu objetivo predeterminado.

Outro aspecto a ser considerado e que pode levar ao abandono do aleitamento materno é a dor e desconforto da mãe ao amamentar. A amamentação deve ser uma experiência confortável, mas muitas mães sofrem lesões nos mamilos, devido à sensibilidade desta área. Os fatores de risco mais identificados como prioritários pelos profissionais são o posicionamento inadequado do bebê, as técnicas incorretas de alimentação e cuidados incorretos com o mamilo (OLIVEIRA; CARNIEL, 2021).

A falta de informação sobre as posições de amamentação e pega inadequada do bebê são as causas mais frequentes de danos aos mamilos. Como esses problemas são as causas comuns do desmame precoce, a equipe de saúde deve prestar atenção especial aos seios maternos no período pós-parto precoce e orientar a pegada correta. A educação adequada da amamentação é essencial na prevenção desses problemas e na garantia da continuidade da amamentação.

O uso de mamadeira/chupeta possivelmente altera a dinâmica oral e o padrão de sucção do bebê, podendo levar tanto à redução da frequência da amamentação quanto da demanda de mamadas. Para melhorar a amamentação exclusiva, estratégias eficazes para reduzir o uso de mamadeira/chupeta devem ser desenvolvidas, especialmente para aqueles bebês com menos de 6 meses (LUZ et al., 2021).

Ter uma rede de apoio próxima (pais, companheiro, irmãos, amigos) e uma cultura que ofereça apoio e proteção à mãe no processo de amamentação fortalece a possibilidade de manutenção do aleitamento materno exclusivo. A aprovação e incentivo de um parceiro é um dos fatores mais importantes que predizem a duração e o sucesso da amamentação. A mãe da lactante e suas amigas são outras cujo apoio ou falta dele pode influenciar no desmame precoce.

Contudo, inúmeras mulheres que originalmente pretendem amamentar por mais tempo se resignam a desmamar precocemente devido a dificuldades de lactação não resolvidas que prejudicam sua experiência de amamentar. Algumas mulheres podem sentir-se “presas” pela amamentação, especialmente quando seus bebês se recusam a aceitar nutrição por qualquer outro meio ou quando não recebem apoio familiar (ALBUQUERQUE, 2012).

Estas nutrizes podem decidir desmamar a fim de compartilhar a responsabilidade pela alimentação com seus parceiros e outros cuidadores. Outros motivos comuns para o desmame, determinados pela mãe, incluem seguir uma dieta rigorosa para redução de peso, retomar o consumo de álcool, participar de certas atividades atléticas ou de lazer (SANTOS et al., 2020).

Outros apoios que favorecem sua iniciação e manutenção devem ser encontrados nos profissionais de saúde e dentro desse grupo, a enfermagem tem papel fundamental (acompanhamento, oficinas de amamentação, informação).

Às vezes a mãe se recusa a amamentar por motivos pessoais, como por achar a mamadeira mais confortável ou que a amamentação não é agradável para ela, desde complicações como mastite, rachadura no mamilo, dor, entre outras. As crenças errôneas sobre a produção insuficiente de leite, sua baixa qualidade ou a ideia de que a composição é idêntica à das fórmulas influenciam no início e manutenção da amamentação exclusiva.

Em outros casos, o desmame precoce pode ser necessário devido a uma situação de saúde da mãe, como doenças agudas, como câncer. Muitos medicamentos prescritos podem ser tomados com segurança durante a amamentação, mas alguns não. Por exemplo, drogas quimioterápicas para câncer e iodo radioativo para tireoide hiperativa não são compatíveis com a amamentação, então o desmame é necessário (MONTEIRO et al., 2020).

4. CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A chegada de um novo membro à família é um momento cheio de ilusão e felicidade para os pais, mas ao mesmo tempo supõe uma adaptação à mudança de papel que pode trazer estresse e inseguranças, no caso da mãe, tudo a isso se junta um período pós-parto do qual ela se recuperará com a ajuda de seu parceiro e apoio familiar.

Durante a gravidez, deve-se dar a gestante o conhecimento necessário sobre as vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas do leite materno, para conscientizá-la dessa ação. É importante que na consulta de enfermagem seja promovida a compreensão da gestante de que a amamentação não é apenas nutrição, mas que proporciona ao bebê os estímulos necessários para o seu desenvolvimento, e para a nutriz, desenvolver melhor sua autoestima e autoconfiança, podendo valorizar sua capacidade de alimentar seu filho e oferecer proteção (SOBRAL et al., 2018).

É necessário que a gestante tenha em seu poder as informações que lhe facilitem lidar com as dificuldades que possam surgir durante o processo de amamentação. Durante todo o pré-natal essas informações devem ser abordadas, para que depois do parto não se encontre depois angustiada, inconsciente e sem apoio familiar e social (BRASIL, 2015).

A enfermagem pode ser o fator de intervenção em saúde que leve à melhorar a taxa de início da amamentação e, em alguns casos, sua duração, em comparação com os cuidados habituais durante o período do pré-natal, pois a informação escrita sozinha ou em combinação com outras técnicas de entrega de informação não interativa tem impacto limitado, tanto quanto ao início da amamentação quando do desmame.

A educação pré-parto sobre a amamentação aumentam as taxas de amamentação exclusiva. Portanto, a educação pré-parto deve ser considerada pela equipe de saúde para aumentar a autoconfiança das mães, orientando a forma adequada de amamentação, incluindo pegada correta do bebê no seio e as possíveis posições que a nutriz pode usar para se sentir mais confortável no momento de amamentar (ALBUQUERQUE, 2012).

A integração entre mãe e recém-nascido deve se iniciar logo após o parto, de modo a promover o estreitamento do vínculo emocional e instigar o cuidado materno com o bebê. As principais informações e orientações repassadas às puérperas devem ser direcionadas aos cuidados com o recém-nascido, notadamente quanto a amamentação. O início da amamentação na primeira hora de vida é significativamente associado à redução da mortalidade neonatal relacionada ao baixo peso ao nascer e entre os nascidos a termo e com peso adequado causada por infecção. No momento do puerpério, as intervenções de enfermagem devem ter como objetivo apoiar e incentivar o aleitamento materno desde a sala de parto, facilitando o contato mãe-recém-nascido nas primeiras horas de vida. Orientar e dar suporte na primeira mamada, especialmente quanto ao posicionamento da criança para uma boa pegada e contato pele a pele são essenciais (BRASIL, 2015).

Existem várias posições para amamentar. O importante é verificar se a pega do bebê está correta. Para isso o profissional de enfermagem deve verificar se a boca do bebê está bem aberta, se os lábios estão evertidos, se a língua está sob o mamilo e se o nariz e queixo estão tocando o peito. Às vezes, o tamanho e a forma da mama podem dificultar esse processo. Nesses casos, o seio pode ser segurado entre o polegar e o dedo indicador,

como se fosse um sanduíche, auxiliando assim o recém-nascido a conseguir a posição de pega adequada (BRASIL, 2015).

Observação da mamada pelos profissionais de saúde, durante consulta de puerpério, também é indicada como ferramenta de promoção do aleitamento materno exclusivo, pois assim a equipe pode fazer uma avaliação detalhada da técnica de mamada e garantir a adequação do posicionamento e pega da aréola, do posicionamento correto do recém-nascido os quais facilitam a sucção e garantem a quantidade de leite ingerido, evitando que ocorram os problemas mais frequentes nos mamilos, como como ingurgitamento mamário, rachaduras no mamilo, mastite (BRASIL, 2014).

As rachaduras nos mamilos são causadas por uma pega incorreta do bebê, são lesões dolorosas e importunas. A melhor ação é tentar prevenir o seu aparecimento aconselhando com a postura ao amamentar. Mas se as rachaduras já estiverem presentes, deve-se orientar a nutriz a deixar algumas gotas do próprio leite secar no mamilo, dessa forma, ajudando a cicatrizar.

O ingurgitamento mamário é uma situação que pode ocorrer vários dias após o parto, geralmente acompanhada de dor, calor, endurecimento dos seios. Para aliviar esse problema, a nutriz deve ser orientada à usar panos aquecidos antes das mamadas e massagear os seios, e durante as mamadas tentar fazer com que o recém-nascido esvazie completamente os seios (BRASIL, 2015).

Quanto à mastite, é uma inflamação de um ou vários lobos da mama e pode ser acompanhada de infecção. Geralmente aparece com dor alta e febre alta. Suas causas prováveis são o entupimento de um duto ou rachaduras tratadas de forma inadequada. Neste caso, o médico para estabelecer o tratamento, sendo aconselhável que a nutriz continue a amamentar, tentando variar as posições em que amamenta.

A pega inadequada da região mamilo-areolar faz que a criança tenha dificuldade de retirar leite suficiente, ocasionando a agitação e o choro. Além disso, a pega incorreta que só compreende o mamilo, gera dor e fissuras na mãe, fazendo-a ficar tensa, ansiosa e perder a autoconfiança, levando a situações como a crença de que o leite seja insuficiente e/ou fraco e ocasionando a introdução precoce de outros alimentos e consequente interrupção da amamentação exclusiva (BRASIL, 2015).

Com a aplicação desse processo de enfermagem, é possível obter resultados muito favoráveis, pois a mulher pode corrigir sua prática de amamentação, melhorando o estado de suas glândulas mamárias, capacitando-a para uma amamentação efetiva. As funções educativas da equipe de Enfermagem voltadas às nutrizes, especialmente as hospitalizadas que apresentam problemas ao amamentar o filho recém-nascido, são de grande relevância, para que com o planejamento das ações baseadas no processo de enfermagem, possa ser assegurado o bem-estar do binômio mãe/criança e contribuir para a redução do abandono do aleitamento materno.

É importante entender que nesta delicada fase da alimentação infantil não existem regras absolutas, padrões a seguir, mas com poucas e cruciais diretrizes e orientação adequada dos serviços de saúde, é possível atender às demandas das mães e das crianças (BARROS, 2009).



Nas culturas ocidentais, ainda existe uma relativa intolerância a esse tipo de desmame, e muitas mães que amamentam um bebê ou criança mais velha não se sentem à vontade para amamentar em público, mas o fazem em sua privacidade, em casa, o que perpetua o desconhecimento sobre o tempo de amamentação (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013).

O processo de desmame deve ser gradual, pois o desmame abrupto é traumático para o bebê e desagradável para a mãe, podendo causar bloqueio dos dutos de leite, mastite ou abscessos. Se possível, o desmame abrupto deve ser evitado. As intervenções de enfermagem na educação de gestantes, puérperas e nutrizes sobre a importância do aleitamento materno para as mães de crianças menores de dois anos é essencial para conscientização dessas mulheres quanto à amamentação e o processo de desmame adequado (WAGNER, 2017).

As intervenções consistam no fornecimento de informações específicas sobre as práticas de amamentação, isoladamente ou em combinação com uma ou mais outras técnicas em grupo ou individualmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde as consultas pré-natais, no hospital durante a estadia da puérpera e na comunidade, através de grupos focais de preparação para o parto (BRASIL, 2012).

Esse trabalho de educação em saúde pode ter como suporte materiais diversos como brochuras, vídeos, manuais de autocuidado. É importante notar que os programas de educação em saúde variaram em conteúdo, duração e métodos educacionais, pois nem todos os serviços de saúde contam com esse tipo de material de suporte, sendo o Brasil um país de dimensões continentais e que possui grandes disparidades econômicas.

O papel principal da enfermagem nesse assunto é fornecer informações precisas para permitir que os pais tomem a melhor decisão possível em suas circunstâncias específicas. Então, deve haver um compromisso em apoiar as lactantes para a manutenção da amamentação exclusiva até pelo menos após os seis meses de vida do bebê. No entanto, coagir as mães a amamentar ou infligir culpa quando elas se recusam a amamentar não serve bem às famílias (SILVA, 2018).

4.1 Introdução da alimentação complementar

A introdução da alimentação complementar é um momento muito importante na saúde da criança. Há controvérsias em diversos aspectos, como o período de início, por qual alimento é melhor começar, como apresentar o alimento. Ao longo do tempo, as recomendações científicas mudaram inúmeras vezes. As evidências mais recentes apoiam um padrão alimentar não rígido, que deve ser individualizado avaliando o grau de maturação e as necessidades do lactente. Além disso, surgiu um novo estilo de alimentação, o chamado desmame conduzido pelo bebê.

O desmame pode ser planejado, administrado pela mãe, ou natural, gerido pelo bebê. O desmame natural ocorre quando o bebê começa a aceitar quantidades e tipos crescentes de alimentos complementares, enquanto continua a ser amamentado quando necessário. Com o desmame natural, o desmame completo geralmente ocorre entre os

dois e quatro anos (BRASIL, 2014).

O lactente aos seis meses está pronto para começar à receber alimentos sólidos, pois a maturação intestinal se completa nessa idade e o desenvolvimento neurológico permite uma preensão, mastigação e deglutição eficazes. Mas, é importante lembrar que ainda existe a necessidade de estimular as mães a alimentar seus bebês exclusivamente com leite materno por até seis meses.

Na verdade, a ciência tem demonstrado amplamente que o leite materno é um recurso saudável, mesmo depois dos 2-3 anos de vida da criança. Esse é um dos motivos pelos quais deve-se destacar que o alimento sólido acrescenta, e não substitui, o leite materno, que permanece o alimento principal por meses, durante o processo de desmame adequado (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).

A alimentação complementar é o processo de introdução de alimentos e líquidos diferentes do leite materno quando este não é mais suficiente para cobrir as necessidades nutricionais. Contudo, a introdução precoce de alimentos antes dos 4 meses está associada ao aumento do sobrepeso e obesidade, além de infecções e Diabetes Mellitus tipo 1.

Ao contrário, o início tardio da alimentação complementar não é comum no Brasil. Os riscos que essa introdução tardia acarretaria são os seguintes: deficiências nutricionais (ferro e zinco), aumento de alergias e intolerâncias, menor aceitação de novas texturas e sabores e maior possibilidade de alterações motoras (BRASIL, 2014).

Ao iniciar a introdução alimentar, deve-se avaliar uma série de itens que indicariam que o lactente está pronto para iniciar a alimentação: tono axial e apoio de cabeça; coordenação motora olho-mão-boca; coordenação sucção-mastigação-deglutição; desaparecimento do reflexo de extrusão; maturação do sistema digestivo e da função renal; além de fatores nutricionais, como deficiência na ingestão de energia, proteínas, vitamina D, ferro e cálcio (LUZ et al., 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação é um processo nem sempre fácil e que requer apoio e orientação dos profissionais de saúde, mas também do parceiro, pois deve se prolongar de 6 meses a dois anos de vida do binômio mãe/filho. O pré-natal e a permanência na maternidade durante e após o parto são períodos importantes em que a equipe de saúde, com ênfase na enfermagem que acompanha a gestante desde o início do tempo gestacional até a alta hospitalar, orienta a nutriz e a apoia nesta etapa essencial da alimentação infantil. Esse trabalho se estende mesmo após a alta, mas consultas pediátricas do bebê e da mãe.

O aleitamento materno é o modo de referência de alimentação do recém-nascido. Para uma mãe que deseja amamentar ou que está amamentando, o principal medo está na qualidade nutricional do seu leite. Esta é uma questão particularmente importante durante os primeiros meses de amamentação, que pode levar ao desmame precoce. A falta de apoio familiar, a necessidade de retomada da vida profissional/acadêmica, a maternidade na adolescência, a falta de conhecimento sobre a importância da amamentação, são



apenas alguns dos fatores que podem levar ao desmame precoce.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem, antes mesmo do nascimento, explicar à mãe quais são as vantagens nutricionais do leite materno e qual é o crescimento normal de uma criança que mama, pois a qualidade desse alimento é claramente superior à encontrada na fórmula infantil.

A educação antes do parto é o preditor mais significativo para a duração do aleitamento materno, pois uma das principais razões para a cessação precoce do aleitamento materno é o conhecimento inadequado das mães sobre a importância do leite materno e das técnicas de amamentação. O aleitamento materno bem-sucedido começa quando a mãe é psicologicamente preparada para amamentar seu bebê e acredita que pode consegui-lo.

Uma melhor compreensão dos determinantes da duração da amamentação, incluindo conhecimento, atitudes e interesse em relação à amamentação e às ferramentas de educação, pode apoiar o desenvolvimento de programas mais direcionados e eficazes destinados a promover a amamentação. Conclui-se que, com aconselhamento e acompanhamentos precisos, a maioria das dificuldades apresentadas pelas nutrizes pode ser superada e a amamentação pode ser mantida com sucesso pelo período indicado pela OMS e ministério da Saúde.

Referências

ALBUQUERQUE, Bruna Pelegrini. **Papel da Enfermagem na Prevenção dos fatores que contribuem para o Desmame Precoce**. 2012, 22f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família). Centro Universitário Filadélfia- Unifil. Londrina, PR, 2012.

AMARAL, Yasmin Notarbartolo di Villarosa do. **A influência das morbidades maternas nos constituintes do leite humano: um estudo de coorte**. 2017. 139f. Dissertação (Mestrado – Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

ANDRADE, Heuler Souza; PESSOA, Raquel Aparecida; DONIZETE, Lívia Cristina Vasconcelos. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.13, n. 40, p.1-11, 2018.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a Prática Assistencial**. 2º ed. São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. 1. ed. , 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

GASPARINO, Roberta Fernandes; SIMONETTI, Janete Pessuto; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene.**, v. 14, n. 6, p.1112-22, 2013.

GRAVENA, Angela Andréia França *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2013.

GUILHERME, Jefferson Pereira; NASCIMENTO, Maria Beatriz Reinert. O leite humano: anatomia e fisiologia da lactação. In: SANTIAGO, Luciano Borges (coord.). **Manual de aleitamento materno.** Barueri, SP: Manole, 2013, p. 1-20.

IKEUTI, Daniela; ZAMBERLAN, Patrícia. Aleitamento materno. In: YONAMINE, Clauce Hiromi; NASCIMENTO, Andréa Gislene do; LIMA, Patrícia Azevedo *et al.* **Aleitamento no primeiro ano de vida.** Barueri, SP: Manole, 2013, p. 1- 6.

LEIFER, Gloria. **Enfermagem Obstétrica.** São Paulo: Elsevier, 2013.

LUZ, Rosália Teixeira *et al.* Determinantes do desmame precoce: revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e11258, 12 ago. 2021.

MONTEIRO, João Ronaldo Silva *et al.* Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. **Arq. Catarin. Medicina**, v. 49, n. 1, p. 50-65, 2020.

OLIVEIRA, Adriana dos Santos; CARNIEL, Francieli. Aleitamento materno: consequências do desmame precoce e o papel da enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Científico.** v. 20, e5659:1-7, 2021.

OLIVEIRA, Angela M. de Moraes *et al.* Interferência do controle glicêmico na transição entre as fases I e II da lactogênese em pacientes com diabetes melito tipo 1. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** [online]. v. 52, n. 3, p. 473-481, 2018.

SANTOS, Andréia Andrade; RESENDE, Márcio Antônio; MAIA, Gabriela Pinto; CARVALHO, Nayara Cristina de Jesus; FERREIRA JÚNIOR, Aristarco de Pinho. O papel do enfermeiro na prevenção do desmame precoce. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 2, p. e2232, 7 fev. 2020.

SANTOS, Zoriandra de Brito. Benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo para o Lactente e para a Nutriz até o Sexto Mês. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** a. 03, ed. 07, v. 02, p. 84-109, jul./2018.

SILVA, Aline Cristina da; BARROS, Daniele Porto. Assistência de enfermagem em puericultura: fatores que influenciam o desmame precoce. **Enfermagem Brasil**, v.18, n. 2, p. 273-280, 2019.

SILVA, Leila Maria Lopes da. **Determinantes maternos associados à composição nutricional do leite materno.** 2018. 89f. Dissertação (Mestrado - Saúde da Criança e da Mulher). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, Nayane de Oliveira *et al.* As principais causas e consequências do desmame precoce: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** v. 08, p. 125-137. Out./2021.

SILVA, Roberta Claro da *et al.* Composição centesimal do leite humano e caracterização das propriedades físico-químicas de sua gordura. **Química Nova** [online]. v. 30, n. 7, p. 1535-1538, 2017.

SOBRAL, Julianne Ferreira; DOMINGOS, Samyris Palloma da Silva; SILVA, Cíntia de Carvalho. Papel da enfermagem na prevenção do desmame precoce para um adequado aleitamento materno. In: **Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia** 2017. Anais...Fortaleza(CE) DeVry Brasil - Damásio - Ib-mec, 2019.

WAGNER, Livia Perissé Baroni. **Influências na amamentação:** percepções, experiências familiares e apoio social. 2017. 148 f. Dissertação (Mestrado - Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

CAPÍTULO 11

OS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL

***THE IMPACTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE QUALITY
OF LIFE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN A HOSPITAL***

Ainoan dos Santos Alves¹

Adriane Cristina Pires Freire¹

Aline Bianca Pinheiro Pereira¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

Com a pandemia de COVID-19, adveio uma vasta perturbação psicossocial, que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população. Contudo, uma profissão específica merece especial atenção diante dos impactos causados pelas mortes provocadas pelo COVID – 19: o enfermeiro, que vem atuando na linha de frente do combate aos efeitos da pandemia, como um dos protagonistas. Nesse ínterim, buscou-se aqui responder: qual o impacto na saúde mental e no desempenho dos profissionais de enfermagem ante aos desafios diários na assistência de enfermagem diante a pandemia covid-19? Assim, buscou-se identificar na literatura científica, como tem sido descrito os impactos na saúde mental dos enfermeiros na linha de frente da pandemia covid-19 no Brasil, através do levantamento das produções bibliográficas sobre dificuldade dos enfermeiros na linha de frente no combate da pandemia covid-19, em especial, os impactos da pandemia em saúde mental desse público. Para alcançar tais objetivos, este estudo se propôs à realização de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico, tendo em vista a necessidade de recorrer a um referencial teórico consistente, organizado com base em material já publicado, tais como periódicos, dissertações e teses. Em conclusão, espera-se que esta pesquisa possa inspirar e orientar novos estudos, especialmente, em nível de graduação e pós-graduação, bem como, servir como referência para novas discussões.

Palavras chave: Pandemia. Covid – 19. Linha de Frente. Enfermagem. Saúde Mental.

Abstract

With the ability to face COVID-19, a wide range of social disorders, which can be a pandemic and a capacity to face the population. However, a specific profession deserves special attention in the face of the impacts caused by the effects of COVID: the nurse, who is on the front line of combating the effects of the pandemic, as one of the protagonists. In the meantime, we sought to answer here: what is the impact on mental health and performance of nursing professionals in the face of daily challenges in care in the face of the covid-19 pandemic? Thus, we sought to identify in the scientific literature, how the impacts on the mental health of nurses on the front line of the covid-19 pandemic in Brazil have been described, through the survey of bibliographic productions on the difficulty of nurses on the front line in the fight. of the covid-19 pandemic, in particular, the impacts of the pandemic on the mental health of this public. For such objectives, this study has the purpose of seeking to carry out a bibliographic research, with a view to carrying out a bibliographic research, with a view to carrying out a reference based on already theoretical material. In conclusion, if that can inspire and new studies, especially at the level of life and postgraduate, as well as serve as new reflections.

Key-words: Pandemic. Covid – 19. Front Line. Nursing. Mental health



1. INTRODUÇÃO

A população total do país sofre um impacto psicossocial em diferentes formatos de intensidade e gravidade. Ainda que a maior parte dos problemas psicossociais sejam considerados reações e sintomas normais para tal situação anormal, a OMS estima um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à epidemia (OMS, 2020).

Contudo, um público merece especial atenção diante dos impactos causados pelas mortes provocadas pelo COVID – 19: o enfermeiro, que vem atuando na linha de frente do combate aos efeitos da pandemia, como um dos protagonistas. Tais profissionais, diariamente se deparam com a precariedade do sistema de saúde em possível colapso, com cargas horárias de trabalhos exaustivas, distância da família, risco de vida e atendimento a pacientes fora de possibilidade terapêutica. Para este público, os impactos desse contexto levam a instabilidades em sua saúde mental.

Diante de tal quadro, fica patente a importância de se investigar estudos que versem acerca dos impactos da atuação na linha de frente ao combate do COVID – 19, na saúde mental dos profissionais de enfermagem, mapeando a literatura científica sobre essa temática. Nesse sentido, a presente pesquisa partiu do pressuposto que deve haver um significativo número de publicações científicas que apontam para as dificuldades no ambiente de trabalho relatadas por enfermeiros que atuam na linha de frente no combate a COVID- 19, bem como devem ressaltar a importância da assistência em de enfermagem a pacientes acometidos pela doença e para equipe de saúde em geral.

O estudo é relevante por se compreender que, tais profissionais, diariamente se deparam com a precariedade do sistema de saúde em possível colapso, com cargas horárias de trabalhos exaustivas, distância da família, risco de vida e atendimento a pacientes fora de possibilidade terapêutica. Para este público, os impactos desse contexto levam a instabilidades em sua saúde mental.

Desta forma, o estudo se justifica por se demonstrar a importância de se investigar estudos que versem acerca dos impactos da atuação na linha de frente ao combate do COVID – 19, na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, mapeando a literatura científica sobre essa temática. O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre quais foram os impactos da pandemia do COVID-19 que afetaram na qualidade de vida dos profissionais de saúde em um hospital.

Tratou-se de revisão de literatura, a partir de livros, revistas e artigos publicados nos últimos 10 anos. Para critério de inclusão, se optará por estudos que estivesse na língua portuguesa e inglesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto. Como critério de exclusão, se optará por excluir o que não condiziam com os descritores. Para tanto, será cruzado os descritores: Covid-19; Enfermagem; Saúde, onde se encontrou 25 estudos, e que, após a exclusão, utilizou-se 10 para a construção deste estudo. As pesquisas serão realizadas em sites de revista de saúde e na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

2. OS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL

Em relação à COVID - 19, a forma do seu rápido alastramento e falta de tratamento específico, causaram um impacto na saúde mental da população provocando pânico e inseguranças. A pandemia ocasionada pelo COVID – 19 pode vir a aumentar a possibilidade de problemas psicológicos e mentais na população geral.

Boa parte dos países afetados pela pandemia da COVID-19 tem adotado o regime de quarentena ou *lockdown* para conter o contágio. Em situações pandêmicas similares, constatou-se que alguns transtornos mentais comuns podem ser desencadeados pela quarentena, a saber: transtornos de ansiedade e depressão e indícios de aumento do comportamento suicida (FARO *et al.*, 2020).

Ainda contexto, as mortes por coronavírus diariamente são contabilizadas, mapeadas, colocadas em gráficos e publicadas. O mesmo não acontece com este outro aspecto sanitário ligado à pandemia, mas muito menos visível: a saúde mental de toda a população mundial, especialmente do profissional de enfermagem, que está submetido há meses a uma realidade de mortes em massa e iminentes, com a qual ninguém está preparado psicologicamente para lidar (FARO *et al.*, 2020).

Brooks *et al.* (2020) destaca que a pandemia causa sequelas na saúde mental, ultrapassando até mesmo as mortes provocadas pela enfermidade. Os sistemas de saúde dos países atingidos entraram em decadência e os profissionais de saúde se toram cada vez mais exaustos e afetados com as longas horas de trabalho e o distanciamento social, que ainda é o método de controle mais efetivo e adotado para reduzir a disseminação da doença.

Tais impactos negativos também propiciam o surgimento de problemas mentais nos profissionais de saúde devido a alguns estressores, como: insegurança, melancolia, medo e desconhecimento do tempo de duração da pandemia, conjuntamente com a sobrecarga de trabalho (FARO *et al.*, 2020)

Devido à insegurança, a possibilidade de morte, o caos na saúde e o distanciamento e isolamento social, que resultam em ausência de comunicação interpessoal, a depressão e a ansiedade são mais prováveis de ocorrer e piorar. Além disso, a quarentena reduz a disponibilidade de intervenção e atendimento psicológico, tornando difícil também o aconselhamento de rotina (FONTES, *et al.*, 2020).

Um estudo realizado pela Associação Médica Brasileira - AMB, o qual utilizou três bancos de dados eletrônico, selecionou 24 estudos numa revisão integrativa, que confirmou efeitos psicológicos negativos, incluindo sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva diante do contexto de pandemia. Os estressores encontrados foram: maior duração da quarentena, medo de infecção, frustração, tédio, suprimentos e informação inadequados, perda financeira e estigma. Alguns pesquisadores sugeriram efeitos duradouros. Em situações em que a quarentena é considerada necessária, justificativa para esse isolamento, informações sobre protocolos, suprimentos suficientes e solidariedade são importantes diferenciais (PRADO *et al.*, 2020).

A classe trabalhadora de enfermeiros não ficaria de fora, pois com seu trabalho assistencial no combate desse vírus deixa inseguranças e questionamentos a serem feitos: enfermeiros fazem parte de um grupo que se expõem diretamente ao contágio, podem levar a sua saúde mental a uma situação jamais vivida, medo de contaminação sempre presente, exaustão física e mental, isolamento, estresse, contato com familiares reduzidos, ambientes de trabalho insalubres, essas foram situações vividas por muitos profissionais deixando o questionamento e preocupação com essas profissionais (SSHAP,2020).

Em outro estudo realizado por Barbosa, *et al.* (2020) constatou que, entre os profissionais de enfermagem, os fatores desencadeantes do desequilíbrio da saúde mental podem estar relacionados ao processo de trabalho tais como: o turno, o relacionamento entre a equipe de trabalho, o paciente, os familiares, a sobrecarga de trabalho, o desgaste, a falta de equipamentos de proteção individual (EPI's), o suporte social, o conflito de interesses e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas para evitar contaminação.

Deste modo, tais profissionais, diariamente se deparam com a precariedade do sistema de saúde em possível colapso, com cargas horárias de trabalhos exaustivas, distancia da família, risco de vida e atendimento a pacientes fora de possibilidade terapêutica. Para este público, os impactos desse contexto levam a instabilidades em sua saúde mental. Por vezes, utilizam-se de mecanismos de defesa para negar um acontecimento natural e inevitável da vida, mas potencializado como devastador diante da pandemia: a morte (ARANGO, 2020; INGRAVALLO, 2020).

Um estudo transversal, com 1257 profissionais de saúde de 34 hospitais equipados para pacientes com COVID-19, em múltiplas regiões da China, demonstrou que uma considerável proporção dos profissionais de enfermagem, apresentaram sintomas de depressão, ansiedade, insônia, estresse, especialmente as mulheres, e aqueles na linha de frente, diretamente envolvidos em diagnosticar, tratar ou fornecer assistência a pacientes com suspeita ou COVID-19 confirmado. Esses achados sugerem que os profissionais na linha de frente têm um alto risco de desenvolver problemas de saúde mental e precisar de intervenções de apoio (XIANG *et al.*, 2020).

Li *et al.* (2020) em seu estudo de campo realizado com 740 indivíduos, entre eles 292 enfermeiros, falaram sobre os efeitos da traumatização indireta diante da propagação e controle da Covid-19 por meio dos sintomas mais comuns: distúrbios do sono, apetite, fadiga, irritabilidade, declínio físico, medo, dormência, desespero e desatenção. Os dados mostraram uma significativa diferença entre os profissionais da enfermagem com restante da população, sendo um grupo de risco, por estarem frequentemente expostos ao perigo eminente de contaminação.

Ainda na China, a pesquisa de Lai, *et al.* (2020), demonstraram que grande parte dos enfermeiros participantes apresentou sintomas de ansiedade, depressão e insônia onde mais de 70% destes relataram sofrimento psicológico, evidenciando que mulheres enfermeiras da linha de frente apresentaram sintomas mais graves. O medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte, bem como a angústia dos familiares associada à falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos foram aspectos também relatados em outro trabalho que abordou o sofrimento psíquico e o adoecimento mental de enfermeiros chineses.

No contexto brasileiro, o estudo realizado por Oliveira (2020) revelou que os principais fatores relacionados ao impacto mental na saúde dos enfermeiros da linha de frente, se referem às mudanças introduzidas na rotina dos profissionais de saúde, como aumento do número de horas de trabalho, criação de espaços de isolamento e incremento das recomendações para uso dos equipamentos de proteção individuais (EPI).

Barbosa *et al.* (2020) apontam que profissionais que trabalham na linha de frente da pandemia da Covid-19 têm mais facilidade de desencadear problemas de saúde por conta do trabalho, como: ansiedade, angústia, insônia e depressão. Esses sintomas podem gerar um alto estresse emocional e influenciar diretamente no bem-estar do profissional, além de gerar danos negativos na qualidade de sua assistência. Entre os fatores que podem agravar ainda mais esses sintomas destaca-se o medo, a solidão, a alta exposição ao vírus, a rápida propagação da doença, o déficit de informação sobre a patologia, além da falta de EPI e de treinamentos qualificados.

Sintomas de depressão, ansiedade e estresse têm sido identificados na população geral e, em particular, nos profissionais da saúde (Zhang *et al.*, 2020). Em um mapeamento realizado por Prado *et al.* (2020), encontrou-se índices de estresse moderado a grave em 59% dos trabalhadores de enfermagem que atuaram na linha de frente, além de quadros de depressão em 12,7% a 50,4%, e de ansiedade de 20,1% a 44,6% desses profissionais. Além disso, os sentimentos de angústia e medo e sono prejudicado é também maior nessa população de estudo.

Segundo um estudo realizado por Martins *et al.* (2020, p. 16), os profissionais da saúde também costumam experienciar estressores no contexto de pandemias, como:

Risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; afastamento da família e dos amigos; e, a perda dos colegas da equipe.

Na pesquisa realizada por Humerez, Ohl e Silva (2020), os pesquisadores mapearam os principais sentimentos deferidos pelos profissionais de enfermagem atuantes na linha de frente. Ao realizarem atendimentos a estes profissionais, foram revelados os sentimentos mais declarados nos primeiros trinta dias de que foram organizados em: ansiedade, estresse, medo, ambivalência, depressão, exaustão.

Portugal *et al.* (2020) destacaram que profissionais de enfermagem padecem com sinais de angústia, irritabilidade e excitabilidade, quando atuantes na linha de frente. Dentre as preocupações, ganharam destaque: maior preocupação em pegar a doença; ao retornar para casa passar para seus familiares; falta de cooperação dos pacientes, estava ocasionando os maiores sofrimentos psicológicos e o não respeito aos protocolos de segurança contra o COVID-19.

Outro aspecto de adoecimento abordado na literatura científica que vem acometendo o enfermeiro que atua na linha de frente é o desgaste e esgotamento na profissão, pode acabar provocando a Síndrome de Burnout. Tal quadro é comumente identificados entre profissionais que estão expostos às altas taxas de morte, e os que possuem o sentimento

de insuficiência durante sua assistência:

Com isso, a perda da energia física, cognitiva e emocional, além da dificuldade na tomada de decisões no enfrentamento para a intervenção das situações, a negatividade e a baixa do desempenho no trabalho, são características comuns da Síndrome de Burnout nos profissionais que a apresentam (ALBOTT *et al.*, 2020, p. 20).

Desse modo, a Síndrome do Esgotamento Profissional *ou Burnout* é, portanto, resultante da exposição crônica a agentes estressantes no trabalho. Tal proximidade entre um cuidado de qualidade e às variáveis satisfação e fadiga influenciam diretamente no desenvolvimento de Burnout e outros agravos, assim como na qualidade de vida no trabalho (KELLY, 2020).

Outro dado relevante encontrado na literatura acadêmica é que o estresse e a sobrecarga emocional dos profissionais de enfermagem estão concentrados principalmente em mulheres, casadas e com idade superior a 40 anos: estas apresentaram quase 50% dos casos de ansiedade e 25% de depressão (DAL'BOSCO *et al.*, 2020). Isso vai ao encontro do que argumenta Dias e Dias (2019):

Torna-se assim, evidente que a enfermagem, por sua própria história cultural é composta, em sua maioria pelo gênero feminino, tal gênero mostra-se abalado emocionalmente para lidar profissionalmente, visto que o estresse advém de atividades domiciliares acrescidas do trabalho profissional. Diante disso, faz-se necessária a adoção de medidas que arrefeçam essa sobrecarga emocional aos profissionais envolvidos (DIAS; DIAS, 2019).

Além dos já citados, outro fator desencadeante de problemas em saúde mental é a experiência de luto. Tal experiência da perda não se restringe apenas ao desaparecimento físico de uma pessoa próxima: nesse ínterim, ao permanecer próximo a linha de frete nos momentos difíceis, o profissional de enfermagem torna-se uma referência no cenário do cuidado: é a ele que o paciente e a família recorrem quando necessitam de esclarecimentos ou cuidados imediatos e, aonde, muitas vezes, o enfermeiro precisa estar afastado do contato familiar, preocupando consigo e com as pessoas que lhe são referência (SOUZA *et al.*, 2009).

O enfermeiro, ao lidar com o morrer e a morte é, conseqüentemente, o que está mais suscetível a níveis elevados de estresse diante da experiência de morte. Não obstante, durante a formação acadêmica do enfermeiro, o tema da morte e do morrer é pouco abordado. Persiste nos cursos de graduação dos profissionais de saúde uma ênfase excessiva na cura, que não raro passa a ser considerada como finalidade única do tratamento, associada à crença contemporânea na eficácia onipotente da tecnologia de última geração (VARGAS, 2010).

O despreparo da equipe de saúde para lidar com situações de terminalidade da vida tem como consequência, a sensação de fracasso frente à missão de curar o doente. É recomendado, portanto, reduzir o sentimento de onipotência e fracasso diante da morte e da própria possibilidade de morrer, que podem gerar sintomas relacionados à ansiedade e estresse (BROOKS *et al.*, 2020).

Logo, avaliar uma crise como a presente pandemia, como momentos encadeados e progressivos de luto e terminalidade, pode colaborar para o entendimento de especificidades de fatores estressores relativos à situação problema e o cuidado que deve ser prestado em impactos psicológicos ocasionados por estas situações de emergência em saúde mundial (FARO *et al.*, 2020).

Diante das pesquisas aqui elencadas, foram identificados como fatores de risco para o adoecimento mental de enfermeiros no combate a pandemia da COVID-19: o distanciamento da família e amigos; carga horária de trabalho exaustiva; medo de ser infectado, adoecer ou morrer, além da possibilidade e medo de infectar outras pessoas; a exposição às mortes em larga escala e a frustração pela perda da vida de seus pacientes.

Além disso, vimos à emergência de transtornos como a ansiedade, depressão, insônia, além do estresse associados à dificuldade de adormecer e ao despertar matinal, falta de energia, comprometimento das relações sociais, transtorno obsessivo compulsivo e quadros de fobia. Como quadros psicopatológicos mais recorrentes, destacamos o estresse ocupacional (Síndrome de Burnout) e a Depressão, aos quais daremos destaque a seguir.

2.1 Estresse e *burnout* em enfermeiros atuantes na linha de frente

Conforme supracitado, devido a essa pandemia, altos níveis de ansiedade, estresse e depressão já foram diagnosticados aumentadamente na população em geral. Em decorrência do aumento exponencial da demanda por assistência de profissionais de saúde nos tempos de pandemia, enquanto a sociedade desacelera suas atividades diárias, inclusive precisando cumprir medidas de isolamento social, os profissionais de saúde seguem na direção oposta, enfrentando longos turnos de trabalho, muitas vezes com poucos recursos e infraestrutura precária (DA SILVA, 2021).

Uma pesquisa desenvolvida sobre aspectos de saúde mental da população geral, por meio de estudo epidemiológico de corte transversal a despeito dos fatores associados ao comportamento da população em tempos de pandemia por COVID-19 identificou que o estresse é uma das principais consequências do isolamento social, estando presente em 73% dos participantes (BEZERRA *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado por Da Silva (2021) foi constatado que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, que atuam no combate à COVID-19 podem experimentar sérios problemas emocionais e sintomas psiquiátricos, inclusive, um maior risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Deve-se destacar também que os profissionais da enfermagem que exercem atividades em ambientes hospitalares mantêm contato direto e contínuo com pacientes que possuem doenças mais graves que necessitam de atenção, cuidados constantes e intensivos, além de estarem expostos diariamente a riscos físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos (SANTANA; SANTOS e SANTOS, 2020).

A pesquisa de De Sousa (2020) concluiu em consonância, que na pandemia da COVID-19, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e demais profissionais de saúde

apresentaram taxas bastante elevadas de insônia, ansiedade e depressão. Neste ínterim, o estresse pode ser definido como um estado de tensão, que causa ruptura no equilíbrio interno do organismo, sendo identificado mediante uma série de sinais e sintomas psicossomáticos tais como: taquicardia, gastrite, alterações cardiovasculares, insônia e outros.

Nesse sentido, Queiroz *et al.* (2021) estes profissionais de saúde, devido a grandes cargas de trabalho, especialmente os enfermeiros, devido a natureza mais pragmática do se seus trabalhos, vivem um grande estresse ocupacional, com uma reduzida qualidade de vida, aonde a pandemia do COVID-19 acarreta diversos quadros de esgotamento profissional, sendo uma grande preocupação para a saúde pública. Os autores relatam:

A equipe de enfermagem está na linha de frente, faz acolhimento, faz sinais vitais, medicação, lutam contra o vírus diariamente, porém não se sabe ao certo até que dia, pois a partir do momento que este estiver contaminado, será afastado do trabalho, e mais inquietação surgirá, pois o primeiro pensamento é se sobreviverá (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Ainda segundo Queiroz *et al.* (2021), neste ínterim, o estresse ocupacional surge no campo da saúde como um problema real entre os profissionais devido às características exaustivas do trabalho, gerando uma genuína preocupação com a saúde mental da sociedade, mas, especialmente, com a dos profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate a pandemia.

Dentro dessas preocupações está o quadro de estresse agudo, cada vez mais presente entre os enfermeiros, a Síndrome de Burnout. Tal quadro é caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, em resposta às fontes crônicas de estresse. É identificado como um fenômeno comum entre muitos profissionais, com maior incidência em trabalhadores que têm contato direto com pessoas (VITORINO *et al.*, 2018).

Também conhecida como síndrome do esgotamento profissional e psíquico, o quadro trata-se de uma doença de ordem psicossocial que aparece como resposta aos estressores interpessoais de natureza crônica que estão relacionados ao meio laboral, representando o maior índice de problema psicossocial e de estresse laboral (FERREIRA; LUCCA, 2015)

No contexto pandêmico, o bem-estar físico e mental dos profissionais de enfermagem é afetado, propiciando o surgimento cada vez mais emergente de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade, sobretudo a Síndrome de Burnout, que tem como principais fatores desencadeantes:

1) Exaustão emocional (EE): caracterizada pela carência de Adenosina Trifosfato (ATP), motivação e empobrecimento sentimental que o próprio indivíduo não sabe lidar com seus afazeres diários e profissionais; 2) Despersonalização (DE): tende a provocar o desgaste na relação interpessoal, permitindo o olhar ao outro como um objeto que pode desencadear apatia e 3) Baixa realização profissional (RP): que condiz com a insatisfação individual e profissional que se opõe a negatividade frente ao ambiente ao qual se encontra (SILVEIRA *et al.*, 2016, p. 35).

Estudos iniciais realizados em Wuhan, epicentro da pandemia na China, apontam para que profissionais de saúde com mais de 10 anos de experiência, portadores de do-

enças crônicas ou com história de doenças mentais e com familiares ou conhecidos suspeitos ou casos confirmados de COVID-19 sejam mais suscetíveis ao stress, depressão e ansiedade durante a pandemia COVID-19 (ZHU *et al.*, 2020).

Da Silva (2021) destaca em seu estudo com enfermeiros e médicos envolvidos no tratamento da COVID-19, uma alta incidência de estresse, ansiedade e TEPT, com níveis mais altos de ansiedade em mulheres e enfermeiros, mais do que em comparação com homens e médicos, respectivamente.

A explicação possível para este resultado dado pela autora se dá pelo fato de os enfermeiros terem turnos de trabalho mais longos e contato mais próximo com os pacientes, o que pode facilmente levar a fadiga e tensão, e ao gênero feminino, devido ao cuidado em outras esferas, como a vida familiar, geralmente atrelada como responsabilidade feminina (DA SILVA, 2021).

Em uma revisão realizada por da Silva Veloso (2021) por meio de algumas revisões sistemáticas sobre impacto psicológico em surtos infecciosos semelhantes (SARS, Ebola, influenza, MERS), os resultados mostram que a prevalência da ansiedade, depressão, stress pós-traumático e burnout foi alta durante e após os surtos pandêmicos, tendo como fatores promotores: ser mais novo e ter menos anos de experiência, ser mulher, falta de suporte social, o estigma e o isolamento.

Nesse contexto, quando se trata da saúde dos profissionais da enfermagem, deve-se levar em consideração para o número elevado de enfermeiros com Burnout: o aumento das pressões produtivas na pandemia, condições precárias de trabalho e a busca do destaque para manter-se no emprego. Esses fatores provocam desgaste à saúde física, mental e social do trabalhador de enfermagem (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

Além disso, no cotidiano de rotina em uma instituição hospitalar, a equipe de enfermagem, compreendida entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, estes profissionais são os que matem uma maior proximidade com o paciente e seus familiares, devido os seus cuidados estar ligado diretamente com todos os envolvidos, tendo maior contato com o sofrimento dos pacientes e, em consequência, também dos seus familiares (UENO *et al.*, 2017). Por conta dessas responsabilidades, os desgastes na enfermagem ficam mais evidenciados em tempos de pandemia.

Pode-se encerrar com o disposto pela Organização Mundial de Saúde que enfatiza que fatores como o colapso na saúde, devido os efeitos da pandemia (no que condiz aos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19), a falta de amparo social, além da ocupação laboral e o atendimento prestado a população nas instituições de saúde, geram alto índice de ansiedade e adoecimento, evoluindo para agravos a saúde, principalmente, no que diz respeito à saúde mental, como o aumento considerável da *Burnout* (OMS, 2020)

2.2 A depressão em profissionais atuantes no combate a COVID-19

A OMS afirma que às doenças relacionadas à saúde mental vem crescendo exponencialmente, estimando-se que no de 2020 a depressão alcançou o status de segunda maior causa de transtornos mentais e incapacitantes na população mundial, sendo previsto para assumir a primeira posição no ano de 2030 (OMS, 2017).

O Brasil é um dos países que apresenta as maiores taxas de Depressão do mundo: ao menos 18,4% da população já teve ao menos um episódio de depressão ao longo da vida, ficando atrás apenas da França com 21% e dos Estados Unidos da América, com 19,2% (BROMET *et al.*, 2011, p.06).

A Depressão é um transtorno mental que afeta toda a população do mundo, prejudicando o convívio social, familiar, causando insatisfação. Por se tratar de uma doença a qual todos estão propensos, a tendência é que a incidência cresça em todo o mundo (COSTA; GONÇALVES, 2020).

O quadro depressivo é desencadeado por uma série de fatores, como distúrbios de personalidade, desequilíbrios químicos cerebrais, e situações decorrentes do cotidiano. Tal alteração do estado emocional, possui vários sinais e sintomas, como tristeza, culpa, apetite modificado, sono alterado, retardo motor e ineficiência. Quando esses sinais e sintomas não tratados podem se agravar (CANDIDO; FUGERATO, 2018).

Nessa mesma esteira, SERVO (2017) apresenta o seguinte conceito para depressão:

Depressão é o nome atribuído ao conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, tais como afastamento do convívio social, perda de interesse nas atividades profissionais, acadêmicas e lúdicas, perda no prazer nas relações interpessoais, sentimento de culpa ou auto depreciação, baixa autoestima, desesperança, sono e apetite alterados, sensação de falta de energia e dificuldade de concentração. Tais alterações tornam-se crônicas e trazem prejuízos significativos em várias áreas da vida. O deprimido vê o mundo de outra maneira, sente a realidade de forma diferente e manifesta suas emoções de forma discrepante (SERVO, 2007, p.11).

Estudos apresentaram achados de várias pesquisas na área de saúde mental, que destacam que durante o período da pandemia de COVID-19 no Brasil ascenderam diversas patologias, aonde foram diagnosticados diversos casos, especialmente de depressão e de ansiedade na população geral, com prevalências mais elevadas em adultos, mulheres e, especialmente, pessoas com diagnóstico prévio de depressão ou de transtornos de ansiedade generalizados (BARROS *et al.*, 2020).

Os trabalhadores atuantes na enfermagem são muito expostos a psicopatologias, como a Depressão, em decorrência da relação entre o trabalho hospitalar e a saúde mental do profissional. Estes profissionais sofrem diariamente por exposição aos riscos químicos, radiações, contaminações biológicas, excesso de calor, ao sistema de plantões, a excessiva carga horária de trabalho, e a organização do trabalho de enfermagem (MANNETTI, MARZIALE, 2017).

Em decorrência, tem-se o sofrimento psíquico, também resultado da convivência frequente com o sofrimento, a dor, a doença e a morte, tendo de enfrentar tais circunstâncias paralelamente aos próprios problemas emocionais, o afastamento de atividades sociais, físicas, familiares, etc. (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 2016).

Já no contexto da pandemia, o estudo epidemiológico realizado por Dal’Bosco e colaboradores (2020), cujo o intuito foi verificar os níveis de ansiedade e depressão entre os profissionais de Enfermagem evidenciou preocupante realidade vivenciada por grande parcela dos profissionais atuantes nesse meio, sendo a depressão prevalente em 48,9% dos participantes, e a ansiedade em 25%.

Isso pode ser acarretado devido aos fatores elencados por Silva (2015), o qual afirma que os profissionais de enfermagem apresentam maior predisposição para sofrimento mental, sendo a depressão uma dentre três das doenças que mais os acometem. Segundo o autor isso se deve a natureza da atividade que desenvolvem e também está diretamente relacionada a sofrimentos físicos e emocionais, bem como as condições de trabalho e falta de reconhecimento profissional.

Neste mesmo contexto, os autores Pereira *et al.* (2020) evidenciam um estudo realizado no Canadá após o surto de COVID-19, aonde foram identificados diversos sintomas depressivos em profissionais de enfermagem. Como causas, relatou-se estar em ambientes de alto risco de contaminação pelo vírus, como também ao efeito da doença na sua vida profissional, ter que trabalhar em um serviço de alto risco e de alta demanda de pacientes aos seus cuidados.

Resultado semelhante foi encontrado por Pinto Junior (2021) ao relatar seu estudo feito através da análise dos atendimentos psicológicos *online* voltados a profissionais de enfermagem atuantes na linha de frente. Em seus achados, ao analisar a queixa ou a demanda, constatou-se que a ampla maioria tinha quadros psicopatológicos mais graves, especialmente, os transtornos de ansiedade e de depressão.

Diante de tantos fatores que causam um impacto negativo na saúde dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia, pode-se dizer que os grandes desafios é a questão do fomento de estratégias de enfrentamento para a categoria. Para que esses efeitos não persistam nesses profissionais da linha de frente, são necessárias medidas urgentes que arrefeçam o medo e a insegurança gerada pela COVID-19, ações estratégicas que minimizem a sobrecarga, o estresse, agravos psicológicos não apenas nos locais de trabalho, mas também na qualidade de vida como um todo (COSTA; GONÇALVES, 2016).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo teve objetivo principal, identificar na literatura científica, como tem sido descrito os impactos na saúde mental dos enfermeiros na linha de frente da pandemia covid-19 no Brasil, através do levantamento das produções bibliográficas sobre dificuldade dos enfermeiros na linha de frente no combate da pandemia covid-19, em especial, os impactos da pandemia em saúde mental.



Buscou-se conhecer e analisar as produções científicas sobre possíveis problemas adquiridos com o estresse emocional causado pela pandemia, identificando, estudando e discutindo de forma crítica, através da literatura científica, como acontece o processo de adoecimento mental dos enfermeiros que atuam na linha de frente, seus mecanismos de enfrentamento/ajustamento psicossociais e quais os seus impactos no seu exercício laboral.

Isso demonstrou a necessidade de um fortalecimento de pesquisas sobre a temática específicas para a população de profissionais de enfermagem atuantes na pandemia de COVID 19, em especial. No levantamento preliminar de estudos a nível global, ficou comprovado que a pandemia da Covid-19 está gerando adoecimento mental na população geral e notadamente nos profissionais de saúde, em especial os 66 enfermeiros, cernes da assistência em saúde, destacando-se nomeadamente, quadros de ansiedade, depressão, estresse e Transtorno de Estresse Pós Traumático.

As mulheres profissionais enfermeiras, estão entre os grupos mais acometidos, segundo as pesquisas já realizadas. Alguns estudos que retratam a saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia pelo COVID-19 tiveram como achados, que a saúde mental desses profissionais é uma grande preocupação devido à frequente exposição ao risco de contaminação, às grandes tomadas de decisões, longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ampla cobertura da imprensa e baixo estoque de medicamentos.

Além disso, também foram destacados os abalos emocionais e adoecimentos na saúde mental que têm sido provocados pela perda de colegas próximos ou familiares e o isolamento social. No contexto brasileiro, foram encontrados estudos analíticos e reflexivos que objetivam versar sobre Impactos da pandemia Covid-19 na saúde mental de enfermeiros, por meio de pesquisas de campo, que incluíram testes e inventários. Outra tipologia de estudo, almejou a análise de alguns transtornos mentais que foram decorrentes a partir da atuação do enfermeiro na linha de frente do combate ao COVID 19, onde concluíram o acometimento por Estresse, Depressão e Ansiedade dos profissionais e os fatores contribuintes para a incidência dos casos, além dos impactos da violência psicológica contra profissionais de enfermagem e do esgotamento profissional em enfermeiros.

Em conclusão podemos afirmar que enquanto as curvas dos indicadores de infecção pelo novo Coronavírus seguem a diminuir mundialmente, as consequências relacionadas à saúde mental persistem e podem gerar efeitos prejudiciais em longo prazo. Nesse sentido, fazem-se urgentes e necessárias ações estratégicas que minimizem a ocorrência de deteriorações emocionais e agravos psicológicos na população e em equipes de saúde.

Referências

ALBOTT, Cristina Sophia *et al.* Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the coronavirus disease 2019 pandemic. **Anesthesia and analgesia**, 2020.

ALVES, Alda Judith. **A revisão da bibliografia em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno**. A bússola do escrever, São Paulo: Cortez, 2012.

ARANGO, Carmen *et al.* How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pande-

mic. **The Lancet Psychiatry**, 2020.

AYDOGDU, Ana Luiza Ferreira. Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus/Violence and discrimination against healthcare workers in times of new coronavirus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

BARBOSA, Diogo Jacintho *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comun. ciênc. saúde**, 2020.

BARBOSA, Diogo Jacintho *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Comun. ciênc. saúde**, 2020.

BARROS, Alyce Brito *et al.* Impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 81175-81184, 2020.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020427, 2020.

BLOOM, A; MCINTOSH, Kenneth; HIRSCH, M. S. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. **Lancet. Infect. Dis**, v. 1, p. 2019-2020, 2020.

BRABICOSKI, Caroline Vezine *et al.* As práticas atuais de cuidado em saúde mental no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 98977-98989, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária** à saúde. Brasília -DF: Coronavírus COVID-19, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/2020-04-17--BE11---Boletim-doCOE-21h.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 11 – COE-COVID19 – 17**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/18/2020-04-17---BE11--Boletim-doCOE-21h.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus**. Centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV), 2020a.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020>. Acesso em:

BROOKS, Samantha K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912920, 2020.

CABELLO, I.; PÉREZ, Isabel Ruiz. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. **Coronavirus y Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública**, 2020.

CASTRO, Letícia Fuganti *et al.* Parecer BRASPEN/AMIB para o enfrentamento do COVID-19 em pacientes hospitalizados. **BRASPEN J**, v. 35, n. 1, p. 3-5, 2020.

CHERSICK, Connie *et al.* Reflections on Revolutionary Change. **Journal of Change Management**, v. 20, n. 1, p. 7-23, 2020.

CLEMENTINO, Francisco de Sales *et al.* Enfermagem na atenção às pessoas com covid-19: desafios na atuação do sistema COFEN/CORENS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

COFEN nº 634, de 26 de março de 2020. **Autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2)**. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 27 mar 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-06342020_78344.html . Acesso em:

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em Números**.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em:

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Entidades divulgam recomendações para atendimento pré-hospitalar Conselho Federal de Enfermagem - Brasil**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/entidadesdivulgam-recomendacoes-para-atendimento-prehospitalar_78384.html. Acesso em:

COSTA, Victor Hugo; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Análise dos fatores que levam enfermeiros à depressão. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 69-81, 2020.

DA SILVA VELOSO, Rita Sofia. **Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19**. Dissertação. Mestrado Integrado de Psicologia.

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto: Lisboa, 2020.

DA SILVA, Claudia Edlaine. Covid-19: Adoecimento mental dos profissionais. **REVISTA SANARMED N. 03**, p. 84, 2021.

DA SILVA, Davi Porfirio *et al.* Aspectos da infecção ocasionada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2). Aspects of Coronavirus infection caused by Severe Acute Respiratory Syndrome 2 (SARS-CoV-2). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3763-3779, 2020.

DAL'BOSCO, Eduardo Bassani *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

DE HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho; OHL, Rosali Isabel Barduchi; DA SILVA, Manoel Carlos Neri. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

DE MACÊDO ROCHA, Kalyne Patrícia *et al.* Vivências de luto e saúde mental da enfermagem na pandemia da COVID-19: o que nos diz a literatura?. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 62, p. 5092-5096, 2021.

DE OLIVEIRA BANNWART, Isabela *et al.* A saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia do novo coronavírus: uma revisão sistemática. **Revista Científica Cogniciones**, v.1, n.1, p. 1 – 10, 2021.

DE OLIVEIRA MARINS, Thiago Valentim *et al.* Enfermeiro na linha de frente ao COVID-19: A experiência da realidade vivenciada. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e710986471-e710986471, 2020.

DE PAULA, Glaudston Silva *et al.* A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus/Nursing in front of the death and dying process: a reflection in times of Coronavirus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

DE SOUSA BORGES, Francisca Edinária *et al.* Fatores de risco para a

Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021.

DEVAUX, Christian *et al.* ACE2 receptor polymorphism: Susceptibility to SARSCoV-2, hypertension, multi-organ failure, and COVID-19 disease outcome.

Journal of Microbiology, Immunology and Infection, 2020.

DONG, Qiutang *et al.* Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 1, p. 89-95, 2021.

DOS SANTOS, Willian Alves *et al.* O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Research, society and development**, v. 9, n. 8, p. e190985470-e190985470, 2020.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; SILVA, Daniela Giotti da; BAGATINI, Mariana Mattia Correa. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. SPE, 2021.

FARO, André *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

FERREIRA, Francisco Glauber Peixoto *et al.* Uma reflexão sobre saúde mental do enfermeiro emergen-

- cista no contexto da pandemia pelo Covid19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e704974534e704974534, 2020.
- FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sergio Roberto de. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 68-79, 2015.
- FESSELL, David; CHERNISS, Cary. Doença coronavírus 2019 (COVID-19) e além: micropráticas para prevenção de burnout e bem-estar emocional. **Journal of the American College of Radiology**, v. 17, n. 6, pág. 746-748, 2020.
- FONTES, Wendney Hudson *et al.* Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura/Losses, Deaths and Grief During the Covid-19 Pandemic: A Literature Review. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 51, p. 303-317, 2020.
- GOMEZ-URQUIZA, Jose L. *et al.* Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. In: **Oncology Nursing Forum**. 2016.
- HALLAL, Pedro Curi *et al.* Avaliação quali-quantitativa do programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 9-14, 2009.
- HELIOTERIO, Margarete Costa *et al.* Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.
- HUANG, Hsi-Yuan *et al.* miRTarBase 2020: updates to the experimentally validated microRNA–target interaction database. *Nucleic acids research*, v. 48, n. D1, p. D148-D154, 2020.
- HUMEREZ, D. C.; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.
- INGRAVALLO, Francesca. Death in the era of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e258, 2020.
- KANG, Lijun *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, 2020.
- LAI, Jianbo *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020.
- LI, Zhenyu *et al.* Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 916-919, 2020.
- LIMA, Modesto Leite Rolim *et al.* When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112972, 2020.
- LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio *et al.* A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA LINHA DE FRENTE CONTRA A COVID19. **Revista Transformar**, v. 14, n. 2, p. 54-75, 2020.
- LÓSS, Juliana da Conceição Sampaio. **Aconselhamento psicológico em instituições e o plantão psicológico**. 2017. Disponível em: <https://psicologado.com.br/abordagens/centrada-na-pegsoa/aconselhamento-psicologico-em-instituicoes-e-o-plantao-psicologico>. Acesso em:
- LUW, Wen *et al.* Psychological status of medical workforce during the COVID19 pandemic: A cross-sectional study. **Psychiatry research**, v. 288, p. 112936, 2020.
- MARTINS, Rachel Esteves *et al.* Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 2020.
- MAYLAND, Catriona R. *et al.* Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 2, p. e33-e39, 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Profissionais do SUS já podem contar com suporte psicológico**. Brasília; 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46906-profissionais-dosus-ja>

-podem-contar-com-suporte-psicologico. Acesso em:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318ProtpdfocoloManejo-ver002>. Acesso em:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção psicossocial na COVID19: Um guia para gestores**. Fiocruz: Ministério da Saúde, 2020b.

CAPÍTULO 12

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA

***THE NURSE'S PERFORMANCE IN THE PREVENTION OF BREAST
CANCER IN PRIMARY CARE***

Rayane Karine Brito Santos¹

Ilka Kassandra Pereira Belfort²

Talita Raquel Portella³

Mayra de Oliveira Barroso Brasil⁴

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Enfermeira, Monitora, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

3 Enfermeira, Gestora, EMSERH, São Luís-Maranhão

4 Enfermeira, Gestão, Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, São Luís-Maranhão

Resumo

O câncer de mama é um dos que mais acomete a população feminina, o que o torna um complexo problema de saúde pública mundial, com um agravante quadro epidemiológico. Em se tratando do Brasil, esse tipo de neoplasia representa a primeira maior causa de morte entre as mulheres, embora sejam amplamente divulgados os meios de diagnóstico precoce. Potencialmente tratável quando detectado ainda no início, esse carcinoma maligno pode ser rastreado pela detecção precoce de tumores através da mamografia. A Estratégia Saúde da Família, por ser o nível de atenção básica presente nas áreas cobertas por seu atendimento, deve incrementar estratégias de intervenção junto a essas mulheres, incentivando-as a adotar hábitos de cuidado à própria saúde e, sobretudo, de incluir a ida ao ginecologista e a realização da mamografia na sua rotina de exames. Ao enfermeiro cabe desenvolver ações multidisciplinares voltadas para a promoção da saúde, informando e orientando o público-alvo da comunidade em que atua, a fim de torná-lo sujeito ativo no contexto de prevenção à neoplasia mamária e, por conseguinte, reduzir suas taxas de mortalidade.

Palavras-chave: Câncer de mama, Prevenção, Estratégia de Saúde da Família, Enfermeiro.

Abstract

Breast cancer is one of the most common cancers affecting the female population, which makes it a complex global public health problem, with an aggravating epidemiological picture. In the case of Brazil, this type of neoplasm is the first leading cause of death among women, although the means of early diagnosis are widely publicized. Treatable when detected early, this malignant carcinoma can be detected early by early detection of tumors through mammography. The Family Health Strategy, the level of primary care presented in the areas covered by its care, should increase the intervention strategy with these women, encouraging them to adopt habits of attention to their own health and, above all, to include to the gynecologist and the performance of mammography in their routine exams. Nurses must develop multidisciplinary actions in order to become active in the context of cancer prevention and, therefore, reduce attendance rates, mortality.

Keywords: Breast cancer, Prevention, Family Health Strategy, Nurse.

1. INTRODUÇÃO

Os elevados índices de morbimortalidade decorrentes do câncer de mama o colocam na categoria de um grave problema de saúde pública, embora o aparato tecnológico e as possibilidades terapêuticas tenham se aprimorado. As estatísticas têm revelado a necessidade de implantação de estratégias efetivas e humanizadas visando à detecção precoce desse tipo de neoplasia.

Por efeito disso, a prevenção ao câncer de mama se inscreve no âmbito da saúde das mulheres. Suas ações prioritárias devem atender para a necessidade de informar e construir conhecimentos que promovam às mesmas uma maior sensibilização acerca dessa patologia, especialmente no que concerne às medidas profiláticas, uma vez que elas sensibilizam a população feminina acerca do cuidado preventivo.

A atenção básica busca oferecer à mulher uma atenção primária através do atendimento, acolhimento, tratamento e incentivo às ações preventivas. Essa proximidade é substancial para estabelecer ações prioritárias da saúde da mulher diante de índices que são alarmantes e preocupantes. Inscrita no âmbito da saúde das mulheres, a prevenção ao câncer de mama desenvolve ações prioritárias que atentam para a necessidade de informar e construir conhecimentos que promovam no público-alvo uma maior sensibilização acerca dessa patologia, especialmente no que concerne às medidas profiláticas.

A assistência do enfermeiro consolida-se como uma ferramenta extremamente útil para informar e mobilizar as mulheres acerca do seu corpo e da sua condição de saúde, dos hábitos de vida e das escolhas adequadas que elas devem fazer. Este profissional, que tem acesso direto às usuárias que procuram os serviços de saúde, deve pautar sua assistência preventiva em um processo ininterrupto de transparência, mostrando o quanto o câncer de mama pode ser evitável e, nas situações em que é detectado precocemente, tem grandes chances de cura e, por conseguinte, de redução de óbitos.

À vista disso, a escolha do tema justifica-se pela importância que as ações do enfermeiro têm no incentivo à busca pela prevenção do câncer de mama na atenção básica. Na verdade, elas devem ser valorizadas pelo impacto que têm no comportamento das mulheres que procuram os serviços de atenção básica, levando-as a ter atitudes conscientes sobre sua saúde e contribuir, desse modo, com a redução das taxas de incidência dessa neoplasia.

Esta pesquisa teve como objetivo geral descrever a importância da atuação do enfermeiro quanto à prevenção do câncer de mama na atenção básica.

Este estudo caracterizou-se como uma revisão bibliográfica, através da qual foram recolhidos materiais publicados entre os anos de 2012 e 2020. O material selecionado para leitura e análise continha as seguintes palavras-chave: câncer, câncer de mama, estigmatização do câncer de mama, câncer de mama e autoestima feminina, câncer de mama e saúde da mulher.



2. O CÂNCER: UM FENÔMENO SOCIAL

O câncer é uma doença crônico-degenerativa extremamente agressiva que desordena e conturba o modo de vida do paciente e de sua família, o que o torna de alta complexidade. Longe de ser somente uma doença que requer tratamento terapêutico, o câncer, visto como uma enfermidade maligna, caracteriza-se por ser um evento peculiar na vida de cada pessoa, trazendo variados desdobramentos.

As últimas décadas foram marcadas por avanços mundiais nos processos de transição epidemiológica e demográfica, que resultaram, positivamente, na melhoria da expectativa e qualidade de vida (QV), refletindo na redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis e problemas materno-infantis. Não obstante, decorreu um aumento na prevalência e incidência de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), com destaque ao câncer, que vem afetando e adoecendo a população de forma crescente, principalmente, nos indivíduos com idade mais avançada, acarretando impactos individuais e coletivos. Habitualmente, as análises do câncer estão focadas nos aspectos epidemiológicos, enquanto as análises dos aspectos demográficos mantêm-se estagnadas e avançando lentamente neste processo (MEDICI; BELTRÃO, 2015).

Enquanto um fenômeno social, o câncer é relatado na história desde tempos remotos, quando as possibilidades terapêuticas eram inexistentes ou mesmo ineficazes, ou mesmo quando ele ainda não era conhecido como tal e os casos eram pontuais. Se, de um lado, não há, na literatura, algo que esclareça, ao certo, o contexto histórico do câncer, do outro é possível encontrar relatos acerca do avanço no diagnóstico e no combate à doença e dos desafios científicos que os estudiosos enfrentaram em suas respectivas épocas.

Devido ao processo de urbanização populacional, industrialização, avanços da ciência e tecnologia, o Brasil tem sofrido mudanças no seu perfil demográfico, associado aos novos estilos de vida e fatores de risco. Esse processo de mudança demográfica é descrito como envelhecimento da população, o que leva a uma transformação entre as pessoas e seu ambiente, trazendo alterações no seu perfil de morbimortalidade, com a diminuição das doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas (INCA, 2014).

O câncer é um distúrbio comum a um conjunto de mais de 100 doenças, reconhecido pela proliferação celular descontrolada e desequilibrada com capacidade de afetar tecidos e órgãos, com o surgimento de células com potencial de divisão acelerado, que resultam na criação de tumores, não respondendo a comandos fisiológicos do corpo humano. Os tumores podem ser classificados em benignos e malignos. O primeiro é descrito como uma condição que provoca um crescimento lento e localizado com células semelhantes, não representa um risco de vida significativo, diferente do tumor maligno que é agressivo e possui um grande potencial de risco a vida. Quando essas células anormais conseguem migrar para outras regiões do corpo, causam um novo foco da doença, que é denominado metástase (MOURA et al., 2016).

Comumente associado à ideia de que o diagnóstico representa o destino, em que só há fatalidade, infortúnio e morte, o câncer tem sua concepção construída no social, o que o categoriza e rotula, conferindo-lhe atributos que têm raízes históricas. O temor pela doença aparece, ainda, nos discursos sociais dos pacientes, os quais, repletos de eufemis-

mos e omissões, intentam abrandar o pavor simbólico de uma doença maligna.

O tratamento do câncer de mama causa mudanças físicas, psíquicas e sociais na vida da mulher, como também, têm uma forte influência no sofrimento dos familiares da paciente, em razão da convivência com a paciente. Por conta disso, a ansiedade, o medo e culpa são fatores que contribuem para um impacto emocional. (Santos et al., 2017).

Importa mencionar a estigmatização que percorre o câncer, que leva ao entendimento de uma marca que, é concebida no social e agride sobremaneira a imagem do paciente oncológico. Além dos conflitos internos, da insegurança e das fragilidades com que lida este sujeito diante do diagnóstico, há o estigma da doença, que lesa a identidade do estigmatizado, cujos discursos, construídos a partir do estranhamento, do medo, da distância e da diferença ajudam a municiar o estigma e, por conseguinte, a exclusão deles.

À vista disso, é necessário compreender que a estigmatização do câncer deturpa ou modifica todas as possibilidades de cura que ele pode apresentar. Abre-se espaço para que se construa um emaranhado de discursos assentados em uma percepção do quão negativa e nefasta é a doença, o que traz à tona um desafio cultural e ideológico significativo que deve ser levado adiante, a fim de romper com paradigmas ultrapassados.

2.2 Câncer de mama: interfaces entre questões de gênero e saúde

Antes de adentrar nas explicações acerca do câncer de mama, é preciso posicionar o conceito de câncer e suas respectivas representações sociais para o paciente oncológico, que será amplamente utilizado neste capítulo. As questões pertinentes à saúde da mulher se tornaram merecedoras de destaque e vislumbam, cada dia mais, um cenário positivo em que possam ser amplamente discutidas e atendidas, em favor da qualidade de vida do referido público.

A neoplasia mamária é um dos tipos de câncer que mais preocupa as mulheres, uma vez que o número de casos vem se elevando nos últimos anos entre o gênero feminino, além das consequências psicológicas que a patologia viabiliza as mulheres, tais como: alterações da sexualidade e da imagem corporal, medo da morte, ansiedade, dor e baixa autoestima (AZEVEDO, 2017).

Gabriel et al. (2017) conceitua o câncer de mama como um grupo de tumores epiteliais malignos, com capacidade de invadir tecidos adjacentes e alta capacidade de formação de metástases à distância. O autor completa que se trata de neoplasias heterogêneas, com diversos subtipos da doença e diferentes aspectos na histologia tumoral, com diferentes aspectos clínicos e respostas ao tratamento. Esses comportamentos distintos se devem a característica próprias de cada tumor (INCA, 2019).

Aprender o câncer de mama desemboca nas questões de desigualdade de gênero, cujo percurso histórico revela que as mulheres, diferentemente dos homens, foram tolhidas de ter acesso a muitos direitos, em meio a muitas discussões e acertos. Foram séculos de rebaixamento intelectual, partilha e demandas injustas, proibições domésticas, sociais, políticas, profissionais e emocionais que deram, paulatinamente, lugar ao empenho fe-

minino diário e ininterrupto em meio às trincheiras despóticas e abusivas do machismo.

O câncer de mama é atualmente a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada entre as mulheres, classificada também como a principal causa de óbito nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. O câncer maligno de mama vem sendo o segundo tipo de neoplasia com maior incidência no mundo, e segundo estudos cerca de 57 mil casos podem surgir anualmente, e com elevada taxa de mortalidade principalmente em países em desenvolvimento (GUERRA et al., 2015).

O câncer de mama traz consigo uma série de implicações a quem recebe o diagnóstico. O adoecimento do corpo físico, em especial da mama, causa à mulher uma série de sentimentos e pensamentos negativos, que perpassam o medo da morte, medo do tratamento, e atingem um lugar ligado ao ser mulher, que altera sua feminilidade, autoimagem e autoestima (PISONI et al., 2013). Para a mulher, o seio representa muito mais que apenas uma parte do seu corpo. Ele simboliza o empoderamento feminino, sensualidade, sexualidade, bem como fonte de amor, em especial no período da amamentação (INCA, 2018).

Da mesma forma, aspectos atinentes à saúde foram deixados à revelia, visto que apenas o ônus da maternidade tinha importância, reduzindo a mulher a uma posição em que procriar e cuidar da casa eram suas únicas funções. O esforço de dar mais visibilidade às questões de saúde compõe um processo que desencadeia novas possibilidades de enfrentamento às desigualdades sofridas pelas mulheres, em busca de condições mais dignas e igualitárias e, principalmente, de atenção à saúde.

Assim o isolamento social é outro fator que pode ser vivenciado pelas pacientes, uma vez que muitas visam o procedimento cirúrgico como único tratamento. Decorrente disso vem os problemas com a sexualidade, distorção da autoimagem, medo, angústia além de discriminação da sociedade (SIMEÃO et al., 2013).

Esse olhar mais desvelado à saúde da mulher, e que é recente, revela a necessidade de entender os pilares de sustentação da desvalorização e do não reconhecimento da mulher dentro de uma questão de direito. É necessário reconhecer que a prevalência do câncer é, na população feminina, motivada por desigualdades sociais e questões de gênero, fortemente observadas ainda hoje no contexto social.

Compreender gênero é assimilá-lo como uma construção social e, por conseguinte, histórica, suscetível a mudanças ao longo do tempo e de acordo com cada localidade, ou até mesmo dentro de um mesmo espaço, conforme a cultura, a crença, etc. Logo, há uma hierarquia entre os sexos, respaldada na superioridade e no poder masculino, cuja posição de inferioridade atribuída à mulher estava circunscrita no seu corpo, o que a manteve, até o fim do século XVIII, à margem da sociedade.

Isso reforça o fato de que, quaisquer que sejam os ambientes, inconscientemente ou não, a desigualdade de gênero encontra terreno fértil para se reproduzir, visto que a liberdade de acesso e a autonomia das mulheres ainda são fatores que as insere em um complexo tecido social sustentado pelos mecanismos de opressão e dominação masculina. Em se tratando da saúde feminina, que não recebeu durante um longo período qualquer atenção, a objetificação do corpo da mulher endossa sua inferioridade em relação ao homem.

Das angústias vivenciadas pela mulher no enfrentamento do câncer de mama, a mastectomia e a quimioterapia são apontadas como as maiores causas de sofrimento. Esta última em especial pela série de sintomas que desencadeia durante sua aplicação, sendo a queda de cabelo a principal causa de dor (OTANI; BARROS; MARIN, 2015). Lopes et al. (2018) apontam as adversidades as quais estão expostas as mulheres em tratamento de câncer. Os autores afirmam que o diagnóstico de câncer traz inúmeros impactos negativos à vida da mulher que permeiam a etapa diagnóstica, terapêutica e de sobrevivência.

De acordo com Rocha et al. (2018), quando o diagnóstico dessa doença é confirmado, surgem emoções e sentimentos negativos ao longo do processo de adoecimento e tratamento, o que acarreta uma baixa valorização nos aspectos emocional e anatômico na mulher. Sendo considerado uma das neoplasias malignas mais frequentes em países em desenvolvimento, sobretudo nos grupos de maior vulnerabilidade social, é importante encarar esse tipo de câncer como um desafio para a saúde pública, visto que suas estimativas de incidência e mortalidade revelam que há toda uma complexidade multifatorial que o torna tão preocupante, exigindo todos os esforços da sociedade para minorar tais índices na população feminina.

3. CÂNCER DE MAMA *VERSUS* SAÚDE DA MULHER

3.1 A importância do autoexame

A prevalência e incidência do câncer de mama no público feminino é uma questão de saúde pública, o que exige esforços conjuntos e assistência especializada. Em um cenário complexo marcado por estatísticas alarmantes, é importante reconhecer que o autoexame é uma ferramenta relevante para a detecção dessa neoplasia, tendo em vista seu significativo papel no diagnóstico precoce.

Para Santana (2020), o autoexame das mamas (AEM) também é um método de caráter preventivo e diagnóstico, podendo auxiliar na detecção do câncer que normalmente aparece em forma de nódulos mamários. Contudo, estudos recentes comprovam que o autoexame não apresenta uma eficácia relevante como método de rastreamento, pois, ao se auto palpar, as mulheres não conseguem identificar lesões muito pequenas, isto é, lesões pré-malignas, o que pode fazer com que elas não busquem atendimento ou não realizem exames para a detecção.

Hoje há um vasto incentivo, nos programas de saúde, no que diz respeito à conscientização sobre o câncer de mama, cujo acesso aos serviços de diagnóstico tem concorrido para a redução da mortalidade e qualidade de vida da população feminina. Enquanto câncer mais recorrente e principal causa do número de óbitos entre as mulheres, é preciso ressaltar que uma parte considerável desses tumores é descoberta por elas através do autoexame.

No autoexame das mamas (AEM), a paciente observa e realiza a palpação das mamas e estruturas anatômicas acessórias, com o propósito de detectar alterações que possam ser indícios da presença de câncer. Durante a palpação das mamas e estruturas adjacentes (mamilos, aréolas e axilas), percebem-se linfonodos e condensações também

sugestivas de neoplasias: mobilidade/ movimentação reduzida, aderidos, duros e indolentes. Além disso, a AEM é uma prática relevante não só pelo alto percentual, mas ganha destaque ao analisar as características socioeconômicas dos pacientes (BASEGIO, CORRÊA, 2018).

Há, entretanto, muitas controvérsias acerca do autoexame, uma vez que grande parte dos especialistas não o reconhecem por sua incapacidade de identificar quaisquer lesões, inclusive as mínimas, pelo fato de que fazê-lo e descartar exames clínicos impõe uma fissura entre o diagnóstico e o tratamento. De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia (2019), as falhas nesse rastreamento inicial da doença contribuem para o aumento da mortalidade, sendo recomendada a realização do exame clínico por um profissional prontamente habilitado.

3.2 Dos fatores de risco

Diante do conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, é possível a criação de estratégias que visem a prevenção da doença. A adesão a uma dieta balanceada, a prática de exercício físico regular, gravidez, amamentação, redução do uso de bebida alcoólica, tabaco e da terapia de reposição hormonal são considerados os principais fatores de proteção modificáveis para o câncer de mama (BARBOSA et al., 2018).

Além disso, a literatura aponta que o grau de escolaridade, a desigualdade social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores que interferem nas ações deliberativas da mulher, o que dificulta o acesso à mamografia de rastreamento realizada em consultas ao ginecologista. Levando em consideração as altas taxas de mortalidade causadas por essa comorbidade, ela deve ser compreendida como um problema de saúde pública que sinaliza a importância de ações para sua prevenção e detecção precoce.

Na atualidade, reconhece-se que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas. As primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de uma exposição única ou contínua aos fatores de risco, sendo que os mesmos podem ser encontrados no ambiente físico, herdados ou resultados de hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Os principais fatores de risco para o câncer são: tabagismo, má alimentação, peso corporal, hábitos sexuais, fatores ocupacionais, bebidas alcoólicas, exposição solar, radiações, químicos industriais, medicamentos e agrotóxicos (DUTRA; FERREIRA, 2017).

3.3 Do diagnóstico e rastreamento do câncer de mama

O diagnóstico e o rastreamento são estratégias que têm sido ostensivamente debatidas por dar à mamografia sua adequada visibilidade. É necessário naturalizar sua realização no entremeio da saúde feminina, uma vez que ele é peça primordial para ajudar a identificar, com bastante antecedência, lesões malignas e, ainda, estabelecer, nas situa-

ções em que a doença está em um nível invasivo, o tratamento mais acertado para cada paciente.

O câncer de mama é uma doença que apresenta um significativo potencial de cura quando diagnosticado e tratado prematuramente. Diante disso, nota-se que condição lenta e assintomática dessa patologia, que pode levar anos até apresentar os primeiros sintomas, passa despercebida pelas mulheres. Isso passa a ser um alerta, uma vez que a mamografia deve ser encarada como prioridade para o desenvolvimento de ações de controle, prevenção, diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico do câncer em estágios iniciais, fase em que a doença pode ter um melhor prognóstico, é especialmente importante em países como o nosso, onde o diagnóstico em fases avançadas ainda persiste e contribui para altas taxas de mortalidade, portanto, nesse contexto, a enfermagem tem um papel destaque no que diz respeito a uma das ações de sua competência, a realização de reuniões educativas sobre o câncer de mama direcionada as populações alvo (GUITIÉRREZ, 2017).

Portanto, quando o diagnóstico é realizado na fase inicial do câncer, possibilita um aumento na chance de cura da doença, permitindo formas de tratamentos menos agressivos e sistemáticos, diminuindo as consequências e propiciando uma recuperação mais efetiva. O diagnóstico em estágio avançado diminui as chances de cura da doença, as altas taxas de mortalidade estão ligadas a esse fator, como também as condições socioeconômicas, o acesso individual aos serviços de saúde, o financiamento geográfico, são fatores prejudiciais para a descoberta precoce das neoplasias (AZEVEDO, 2019).

As estratégias definidas pelo Ministério da Saúde (MS), para o controle do câncer de mama incluem do diagnóstico precoce e o rastreamento que são extremamente importantes. Além disso, as ações de educação em saúde devem sempre ser consideradas, cujas competências são da Atenção Básica em Saúde (ABS), e isso incluem a avaliação do risco e a conscientização dessas mulheres sobre os sinais e sintomas da doença (GUITIÉRREZ, 2017).

Deve ser dada às mulheres orientação em saúde para a realização cotidiana das práticas de auto palpação, uma vez que, infelizmente, menos de 50% das mulheres da população em geral realizam o autoexame periodicamente. Vale salientar que este deve ser realizado por todas as mulheres maiores de 20 anos de idade, preferencialmente sete dias após o início da menstruação. Após a menopausa, deve-se escolher um dia por mês para fazê-lo (OHL et al., 2016).

3.4 Do tratamento do câncer de mama

Os tratamentos, em geral, utilizados para o controle do câncer de mama são: a cirurgia, a quimioterapia (incluindo terapia alvo dirigida com anticorpos monoclonais), a radioterapia e a hormonioterapia. O que vai determinar a escolha do tratamento é a presença ou ausência de receptores hormonais, o estadiamento do tumor (abrangência do comprometimento do corpo pela doença), incluindo a presença de metástase ou não. Os tipos de cirurgias geralmente indicados são: quadrantectomia, mastectomia seguidas ou



não de linfadenectomia axilar (ROSA et al., 2017).

A eficácia do tratamento irá depender do tempo em que as pacientes demorem a serem diagnosticadas com o câncer, com isso algumas metas são empregadas frente ao tratamento como cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, particularmente para os cânceres de mama, quando são detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas clínicas (BRASIL, 2018).

A falta de orientação e informação, as dificuldades de acesso e as próprias inquietações psicológicas e sociais da mulher não podem impedi-la de aderir à mamografia e de cuidar da sua saúde. Os exames clínicos se consubstanciam como uma ferramenta indispensável tanto no rastreamento precoce do câncer de mama quanto na fomentação de ações que sensibilizem população feminina acerca da prevenção de uma doença que é a maior responsável pela morte de mulheres no Brasil.

4. A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Para que a mulher procure o serviço de saúde, em especial ações de prevenção do câncer de mama, é fundamental que ela seja permanentemente orientada e motivada a buscar atendimento. O cerne da prevenção está em compreender que determinados comportamentos estão diretamente associados ao esclarecimento e à sensibilização sobre os fatores de risco e de como é possível evitá-los. Entretanto, tal prática deve se filiar a outras estratégias, a fim de assegurar uma abordagem atrativa para o maior número de pessoas possível.

A AB, através da ESF, é considerada o cenário estruturante para o desenvolvimento de várias ações no controle da neoplasia e constitui-se como a preferencial porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, caracterizando-se como um local privilegiado para a realização de ações de promoção e prevenção (MORAES; ALMEIDA et al, 2016). Enquanto um canal de prevenção primária, as ações educativas da Atenção Básica se destacam por meio desse conhecimento, em que a segurança é estabelecida e, por conseguinte, o cuidado com a saúde é concretizado.

As intervenções em saúde focadas na prevenção e na educação em saúde permitem um trabalho mais efetivo e coerente às recomendações descritas nos protocolos, manuais e programas do Ministério da Saúde. Diante dessa questão, é possível perceber o importante papel que o enfermeiro da Atenção Primária à Saúde precisa desempenhar acerca dessa grave doença que tanto impacta os principais indicadores de saúde relacionados à mortalidade da população adulta feminina.

Assim, assistência de enfermagem nos cuidados constituem inúmeros esforços para auxiliar as pacientes, nos quais os enfermeiros, além dos cuidados terapêuticos, os cuidados oncológicos para superação dos problemas requerem um tratamento longo, sendo possível de evitar efeitos adversos. Cabe, portanto, ao enfermeiro fornecer orientações de cuidados como identificar efeitos colaterais e minimizá-los (PONTES et al., 2019).

Dentre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à mulher com câncer de mama, o enfermeiro é aquele que se destaca, por prestar cuidados durante todos os estágios da doença, seja no diagnóstico, durante o tratamento e na sua alta hospitalar. As intervenções e a prática de cuidados dos enfermeiros devem ser prestadas de forma que a paciente seja assistida integralmente, sendo necessário que o profissional tenha o conhecimento técnico-científico da sua área de cuidado (Ferrari et al., 2018).

A equipe de enfermagem tem papel fundamental na prevenção pois são eles que orientam os pacientes na prevenção primária relacionado aos melhores hábitos de vida. O enfermeiro tem o dever de educador, principalmente no cenário da atenção primária onde possui capacitação e autonomia para realizar campanhas, palestras e solicitar exames e medicar devido o respaldo dos protocolos institucionais existentes. O papel do enfermeiro torna-se imprescindível para colocar em prática as estratégias para diagnosticar a doença precocemente, diminuindo assim casos de câncer que são descobertos de forma tardia (RODRIGUES et al., 2020).

No que diz respeito às ações previstas pelas políticas públicas de saúde para o controle de câncer de mama na atenção primária, o enfermeiro tem um papel fundamental e encontra um amplo espaço para o desenvolvimento das atividades diárias, pois mantém considerável autonomia nas suas práticas. A ele são atribuídas as seguintes ações: realizar atendimento integral às mulheres; realizar consulta de enfermagem (coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão); realizar atenção domiciliar, quando necessário; manter a disponibilidade de suprimentos; coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem (CAVALCANTE et al., 2013).

Nessa perspectiva, cabe à enfermagem identificar suas próprias concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de enfrentamento, embasadas nas resoluções do COFEN 358/2009, 210/1998 e 211/1998 que a ampara, com vistas a uma assistência adequada, humanizada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos.

É necessário que, durante a consulta de enfermagem, esse profissional transmita informações adequadas sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, autoexame para conhecimento do corpo e do exame clínico com periodicidade e importância da realização da mamografia, assim como a periodicidade recomendada para o rastreamento, mesmo sem achados clínicos significativos (Rodrigues, Salun, Oliveira, Lima, & Nunes, 2020).

Há, com efeito, dados que mostram a agressividade e recorrência do câncer de mama entre as mulheres, o que reforça a relevância de discutir o papel do enfermeiro e suas atribuições na prevenção dessa doença. A práxis do enfermeiro na prevenção ao câncer na mama feminina, em suas múltiplas dimensões, torna essencial esse tipo de assistência preventiva, que é um importante multiplicador de informações para as mulheres e, conseqüentemente, de redução dos índices de mortalidade e incidência dessa neoplasia.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto no cenário nacional quanto no mundial, o câncer de mama ocupa o primeiro lugar no ranking de tumores que mais acometem a população feminina. Seu letárgico desenvolvimento e sua condição assintomática, na maioria das vezes, fazem com que a própria mulher não se comprometa em cuidar da sua saúde e, por conseguinte, acabe menosprezando os altos índices de mortalidade desta neoplasia. Elevado à categoria de saúde pública, esse tipo de câncer é absolutamente tratável, quanto mais cedo for descoberto.

O enfermeiro exerce um papel ímpar no entremeio do combate a essa patologia. Sua substancialidade reside no fato de que é ele o profissional com quem a usuária do serviço de saúde tem o primeiro contato, cujo diálogo deve ser pautado em um franco esclarecimento sobre a prevenção, os fatores de risco, o tratamento e a manutenção a qualidade de vida. Se a prevenção primária consiste no incentivo à educação continuada da mulher, o enfermeiro assume, então, um papel primordial na redução da mortalidade pela neoplasia mamária.

Referências

- ALMEIDA. **Epidemiologia e Fatores de risco para Câncer de Mama em pacientes do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba** (FAP) em Campina Grande Paraíba, publicado em: 25/08/2015. Disponível em:file:///C:/Users/leleg/Downloads/PDF%20-%20Gibran%20Sarmiento%20de%20Almeida.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.
- AZEVEDO, Daniela Batista et al. perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev EnfermUfpe On Line**, Recife, v. 6, n. 11, p.2264-2272, jun. 2017.Disponível em:file:///C:/Users/Downloads/23386-45377-1-PB.pdf. Acesso em: 03 abr.2022.
- AZEVEDO, A., RAMOS, A. L., GONÇALVES, A. C. V., DE SOUZA, C. F., BATISTA, G. S., SILVA, R. B. V., & DE LOYOLA, E. A. C.. O conhecimento de mulheres acerca do rastreamento do câncer de mama e suas implicações. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 3, p.187-193. 2019.
- BARBOSA, A. P., RICACHENEISKY, L. F., DAUDT, C. Prevenção e rastreamento de neoplasias femininas: Mama e colo do útero. **Revista Acta Médica**, v. 39, n2, p.335-345. 2018.
- BASEGIO, D.; CORRÊA, M. P. A.; KUIAVA, V. A. et. al. The importance of breast selfexamination as a diagnostic method of breast cancer. **Mastology**, v. 29, n. 1, p. 14-19, 2019.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo de útero e mama**. Cad. de Atenção Básica n. 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 874, De 16 De Maio De 2013. **Saúde legis – Sistema de Legislação da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: janeiro 18 abr.2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde; (INCA), **Instituto Nacional de Câncer**. ABC do câncer: abordagem básica para o controle do câncer. Rio de Janeiro, p.17-60, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.
- CAVALCANTE, S. D. A. M., DA SILVA, F. B., MARQUES, C. A. V., DE FIGUEIREDO, E. N., & DE GUTIÉRREZ, M. G. R. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n.3, p. 459-466. 2013.
- DUTRA, Lidiane Silva; FERREIRA, Aldo Pacheco. Associação entre malformações congênicas e a utilização

- de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n.2, p. 241-253, 2017.
- FERRARI, C. F., ABREU, E. C. D., TRIGUEIRO, T. H., SILVA, M. B. G. M. D., KOCHLA, K. A., & SOUZA, S. R. R. K. Orientações de cuidado do enfermeiro para a mulher em tratamento para câncer de mama. **Rev. enferm. UFPE on line**, 676-683. 2018.
- GABRIEL, G. H. et al. Quimioterapia, hormonioterapia e novas alternativas de tratamento do adenocarcinoma mamário. **Enciclopédia Biosfera**. Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.14 n. 26, p. 583-608, 2017.
- GARCIA PEÑA, Claudia. **Enfrentando o câncer: cuidados com a imagem pessoal**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.
- GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 8, p.1673-1684, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1673.pdf>. Acesso em: 06 abr.2022.
- INCA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- LOPES, J. V. et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. **Rev Bras Enferm**, [Internet], v. 71, n. 6, p. 2916-2921, 2018.
- MEDICI, André; BELTRÃO, Kaizo. Demografia e Epidemiologia do Câncer no Brasil. **Monitor de Saúde**, n. 66, mai., 2015.
- MORAES, D. C., DE ALMEIDA, A. M., DE FIGUEIREDO, E. N., DE LOYOLA, E. A. C., & PANOBIANCO, M. S. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 14-21. 2016.
- MORAES, D.C. ALMEIDA, A.M. Opportunistic screening actions for breast cancer performed by nurses working in primary health care. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.50 no.1 São Paulo Feb. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100014&lng=en&lng=en. Acesso em: 19 abr.2022.
- MOURA, Paula Francislaine et al. Câncer de pele: uma questão de saúde pública. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.17, n.4, out./dez. 2016.
- OHL, Isabella Cristina Barduchiet al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 4, p.793-803, ago. 2016.
- OLIVEIRA, Max Moura de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.146-157, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>. Acesso em: 03 abr.2022.
- OTANI, M. A.; BARROS, N. F.; MARIN, M. J. S. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos. **Rev baiana enferm**, [Internet], v. 29, n. 3, p. 229-239, 2015.
- PISONI, A. C. et al. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. **J res fundam care**, Online. v. 5, n. 3, p.194-201, 2013.
- PONTES, D. S., CARVALHO, J. S. M., ROCHA, L. S., & BATISTA, M. H. J.. Ações de enfermagem frente à detecção precoce do câncer de mama. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 5. 2019.
- ROCHA, C. B., FONTENELE, G. M. C., MACÊDO, M. S., de CARVALHO, C. M. S., FERNANDES, M. A., VERAS, J. M. D. M. F., & SOARES, J. Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 4. 2019.
- RODRIGUES, J. R. G., SALUN, A. A. L. A., de OLIVEIRA, V. A. S. C., DE LIMA, P. B., & NUNES, M. R. Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020.
- SANTOS, I. D. de L., ALVARES, R. B., LIMA, N. de M., MATTIAS, S.R., CESTARI, M. E. W. & PINTO, K. R. T. da F. O câncer de mama: o apoio recebido na doença. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 11, n. 8, p. 3222- 3227. 2017.

SILVEIRA, C. F. et al. **Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama**, 2013.

SIMEÃO, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 3, n. 18, p.779-788, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n3/779-788/pt>. Acesso em: 04 abr.2022.

SOUSA, C. S. **Utilização da tomossíntese mamária no diagnóstico do câncer de mama: uma revisão de literatura**. (2016). Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo em Radiologia) - Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia do Piauí, Teresina. Disponível em: http://bia.ifpi.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/126/1/2016_tcc_cssousa.pdf. Acesso em: 16 abr.2022.

SOUZA TEIXEIRA, M., GOLDMAN, R. E., GONÇALVES, V. C. S., DE GUTIÉRREZ, M. G. R., & DE FIGUEIREDO, E. N. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 1-7. 2017.

CAPÍTULO 13

A PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE O PARTO DE CÓCORAS

THE PERCEPTION OF NURSING ON SQUAT BIRTH

Shyrle Cristina Pereira¹

Camila Kons²

Michele Costa Gusmão¹

Alessandra Alves¹

1 Graduanda em enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Enfermeira Obstetra e Neonatologista, Me. Terapia Intensiva, Preceptora da Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O trabalho se destina a demonstrar a percepção da enfermagem frente ao parto de cócoras, pois sendo a posição de cócoras considerado confortável para a mulher e saudável para o bebê, oferece inúmeras vantagens e diminui consideravelmente a dor e a duração do parto. Desta forma, o estudo se justifica pelo aprofundamento dos estudos sobre as vantagens do parto na posição de cócoras, tanto para parturiente quanto ao bebê, e o resgate da autonomia da mulher durante o processo de parturização através da ótica do enfermeiro. O objetivo geral do estudo foi discorrer a percepção da enfermagem no parto de cócoras. Os objetivos específicos foram dispostos em: compreender a gestação e as mudanças fisiológicas ocorridas nessa fase; descrever as formas de parto e a humanização; discorrer sobre a percepção da enfermagem no trabalho de cócoras. Tratou-se de uma revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: gestação; parto; cócoras. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 25 foram excluídos, totalizando 35 para a amostra final deste estudo. Concluiu-se que, o parto de cócoras e humanizado proporciona um momento menos doloroso para as parturientes.

Palavras-chave: Parto, Percepção, Enfermagem, Vertical.

Abstract

The study aims to demonstrate the perception of nursing against the squat birth, because the squatting position is considered comfortable for the woman and healthy for the baby, it offers numerous advantages and considerably reduces the pain and duration of childbirth. Thus, the study is justified by the deepening of studies on the advantages of birth in the squatting position, both for the mother and the baby, and the rescue of women's autonomy during the birth process through the nurse's point of view. The general objective of the study was to discuss the perception of nursing in the squat birth. The specific objectives were: to understand pregnancy and the physiological changes that occur during this phase; to describe the forms of childbirth and humanization; and to discuss the perception of nursing in squat labor. This was a literature review, with a search for studies in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, from the crossing of descriptors: pregnancy; childbirth; squatting. For inclusion of the studies, we searched for those published in the last 10 years, in Portuguese, in full and consistent with the proposed theme, and as exclusion criteria, the articles that were in another language and incomplete. For this, 60 studies were found, 25 of which were excluded, totaling 35 for the final sample of this study. It was concluded that the humanized squat birth provides a less painful moment for the parturients.

Keywords: Childbirth, Perception, Nursing, Vertical.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se que o pré-natal são sessões de acompanhamento com médicos e enfermeiros durante o período da gravidez até o parto, onde, no ato da consulta, os profissionais que realizam o acompanhamento à gestante visam esclarecer todas as interrogativas da mulher sobre a gravidez e sobre o momento do parto, bem como solicitar exames para analisar se está tudo bem com a mãe e o bebê.

Portanto, durante o trabalho de parto, a mulher deve passar por seu próprio processo de parto, apoiada por orientações baseadas em evidências sobre os benefícios relacionados ao bem-estar do acasalamento mãe-filho, além das diversas posturas maternas adotadas durante a segunda fase do parto vaginal. Profissionais de Saúde que assistem gestantes durante o ciclo da vida da gravidez, devem ser treinados na realização de partos em outras posições que não supina, pois sua deficiência não o fará ser um fator que limita o direito da mulher de escolher sua posição de nascimento.

O parto de cócoras, ou parto vertical é um tipo de parto natural onde a posição da mãe consiste de cócoras, ao invés, da posição ginecológica usual, possibilitando um processo mais rápido, visto que a expulsão do bebê conta com a ajuda da gravidade, além de ser mais cômodo para a mulher e mais saudável para a criança recém-nascida.

O estudo é relevante por se compreender que, o enfermeiro possui um papel fundamental nesse processo, pois no processo do nascimento é a equipe de enfermagem que está mais próxima da parturiente. O profissional de enfermagem conhece os tipos de partos e as peculiaridades de cada paciente, pois a partir desse ponto, esse profissional desenvolve estratégias adequadas durante o acompanhamento da gestante e assim proporcionar à parturiente uma melhor satisfação no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento do bebê.

O trabalho se destina a demonstrar a percepção da enfermagem frente ao parto de cócoras, pois sendo a posição de cócoras considerado confortável para a mulher e saudável para o bebê, oferece inúmeras vantagens e diminui consideravelmente a dor e a duração do parto. Desta forma, o estudo se justifica pelo aprofundamento dos estudos sobre as vantagens do parto na posição de cócoras, tanto para parturiente quanto ao bebê, e o resgate da autonomia da mulher durante o processo de parturização através da ótica do enfermeiro. Diante do exposto, emergiu a questão norteadora: qual a percepção da enfermagem no parto de cócoras?

O objetivo geral do estudo foi discorrer a percepção da enfermagem no parto de cócoras. Os objetivos específicos foram dispostos em: compreender a gestação e as mudanças fisiológicas ocorridas nessa fase; descrever as formas de parto e a humanização; discorrer sobre a percepção da enfermagem no trabalho de cócoras.

Tratou-se de uma revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: gestação; parto; cócoras. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como

critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 25 foram excluídos, totalizando 35 para a amostra final deste estudo.

2. A GESTAÇÃO, SUAS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E O PRÉ-NATAL

A gestação é um período em que a mulher guarda por nove meses um ser que emergiu do encontro de células sexuais (espermatozoide e óvulo) no momento da cópula. A partir disso, a mulher sofre várias transformações podendo se tornar mais vulnerável e, de acordo com a saúde emocional, a pessoa pode surgir reforçada e amadurecida, ou em vez disso, confusa e desordenada. Portanto, a mulher vive esse período com essas transformações do aspecto psíquico e biológico, assim, essas repercussões variam de gestante para gestante e da idade gestacional (SILVA *et al.*, 2014).

No processo educacional da gestante há promoção da saúde, e esse processo chamado de pré-natal, favorece o aprendizado e o desenvolvimento pessoal através de trocas de experiências.

Essas mudanças de experiências devem ser feitas entre as gestantes, os pais e os especialistas da saúde, e é neste momento que acontece o recebimento de informações científicas sobre o período gestacional. Isso ajuda para a diminuição do medo e da ansiedade. O profissional opera como um facilitador para tirar as dúvidas dos pais usando o seu conhecimento científico (BATISTA *et al.*, 2016).

Para esta produção, imaginaremos que a gestação é um evento que envolve o trinômio mãe-pai-filho, considerando o já citado neste trabalho – a gravidez não é um período de transição apenas materno, mas é o início de formação de um “novo pai” (CABRITA, *et al.*, 2012).

2.1 Alterações fisiológicas no período gestacional

Segundo Santos (2019), a gravidez é caracterizada por diversos ajustes fisiológicos e endócrinos, com o objetivo de criar o melhor ambiente para o feto. A sequência de eventos ainda não foi totalmente esclarecida, geralmente é limitado a termos descritivos. Nesse sentido, são apontadas as principais alterações no sistema motor feminino durante a gravidez, tais como: abdômen protuso devido ao aumento do útero; o aumento das mamas; alteração da cintura pélvica.

Conforme Alves e Bezerra (2020), o sistema hormonal é responsável pelas mudanças que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez, por isso é importante verificar quais são suas principais funções neste processo. Sendo assim, do ponto de vista hormonal, a gravidez é uma continuação das mudanças pré-menstruais desde o início, podendo fazer com que o organismo da gestante se adapte à gravidez e proteja o recém-nascido no futuro.

De acordo com Oliveira (2013), a gravidez gera uma sucessão de mudanças endócrinas no organismo. O componente fundamental que provoca tais mudanças é a implantação da placenta e sua influência na sustentação da vida do feto. A placenta sintetiza dois tipos diferentes de hormônios, peptídeos e esteroides. Entre os peptídeos estão a gonadotrofina coriônica (HCG), o hormônio de crescimento da placenta e o hormônio estimulador da tireoide da placenta. Os esteroides produzidos são estrogênio, progesterona e androgênios.

Segundo Da Silva *et al.*, (2016), o HCG estimula o corpo lúteo e é responsável pela produção de estrogênio e progesterona. Além disso, pode prevenir a rejeição do tecido fetal, por outro lado, o hormônio do crescimento placentário tem propriedades produtoras de leite que, junto com o HCG pode ajudar a manter a integridade anatômica do corpo lúteo. Promovendo assim, o crescimento fetal e afetando o metabolismo da glicose e da gordura, reduzindo o uso de glicose pela mãe e conseqüentemente desviando esta substância para o feto.

Durante a gravidez, a progesterona pode inibir o tecido muscular do útero, impedindo a expulsão do feto. Além disso, pode também promover a deposição de nutrientes na mama para a formação do leite. O estrogênio é responsável pelo crescimento dos músculos e aumento dos vasos sanguíneos no útero, pelo relaxamento dos ligamentos pélvicos e pela expansão dos órgãos sexuais externos, pelo aumento do tamanho das mamas e pelo aumento dos níveis de prolactina (LOUZEIRO, 2015).

Segundo Guelho *et al.*, (2016), o nível de prolactina tem sua quantidade aumentada em até cinco vezes nos primeiros três meses e dobra nos trimestres seguintes. Sua função é induzir e manter a lactação e promover a secreção de leite pelas glândulas mamárias. A prolactina diminui durante o parto e aumenta imediatamente após o parto. Por outro lado, a ocitocina é um hormônio secretado pela glândula pituitária posterior, sendo uma de suas funções causar contrações uterinas.

Estudos em animais demonstraram que se o colo do útero for estimulado ou dilatado como no final da gravidez, a hipófise posterior produzirá reflexos neurais, aumentando a secreção de ocitocina e conseqüentemente aumentará a contração do útero. Outra função da ocitocina é promover a excreção do leite (LOUZEIRO, 2015).

De acordo com Oliveira (2013), ao longo da gravidez, o efeito do estrogênio causa um desenvolvimento significativo na rede vascular uterina para manter o fluxo adequado da placenta e do feto. Antes da 15ª semana de gravidez, a carga de trabalho do coração aumentará cerca de 40%. Existem vários fatores que direta ou indiretamente causam esse aumento, incluindo um aumento no volume de sangue, um aumento na proporção de volume por minuto e um aumento do peso corporal materno.

O aumento do volume sanguíneo ocorre entre a 10ª e a 20ª semana, principalmente devido ao aumento do volume plasmático e da pré carga (quantidade de sangue que retorna das veias para o coração). Como resultado, a demanda sanguínea para o útero aumenta, a mãe fica protegida do retorno venoso prejudicado pela postura ereta e preparada também para as reações adversas da perda de sangue durante o parto. Conforme a frequência cardíaca e o débito cardíaco aumentam pode-se esperar que a pressão arterial suba, mas isso não acontece devido a uma diminuição na resistência vascular periférica

(MORAES, *et al.*, 2016).

No sistema digestivo, devido às mudanças nos hormônios, metabolismo, musculoesquelético e corporal que ocorrem durante este período, a gravidez causará mudanças funcionais e estruturais. O apetite pode diminuir nos primeiros estágios da gravidez e aumentar a partir do terceiro trimestre, já o estômago pode mudar de posição devido a compressão do útero. Por outro lado, o fígado se move para cima, para a direita e para trás, escondendo-se sob as costelas, sofrendo importantes alterações funcionais, enquanto que o intestino delgado se desloca e seu tônus e a mobilidade são reduzidos e há o prolongamento de tempo para esvaziamento gástrico e do intestino. Nesse sentido, essa condição pode causar prisão de ventre e dificuldade para evacuar (SILVA *et al.*, 2014).

Segundo Lopes *et al.*, (2021), a bexiga também é afetada pela progesterona (afetando o tônus muscular e reduzindo a função contrátil e controle do esfíncter) e pela presença do feto (reduzindo a capacidade de retenção da bexiga, devido à pressão uterina). Os rins mudam de tamanho e função durante a gravidez, ocorrendo o aumento da retenção de líquidos nos vasos sanguíneos no terceiro trimestre.

2.2 Pré-natal

O pré-natal deve ser consagrado como um atendimento pluridisciplinar que caracteriza a manutenção da integridade das condições de higiene fetal, cuja as consequências necessitam ser analisadas em um longo período, com a formação de elementos físicos e intelectualmente úteis à sociedade e aos pais. A assistência ao pré-natal deve dar início em fase precoce, e conseqüentemente as medidas profiláticas podem ter uma cobertura maior, e o tratamento de algumas enfermidades pode ser realizado antes de possíveis comprometimentos do feto (ARAUJO *et al.*, 2013).

De acordo com Brasil (2014, p. 15), o “principal objetivo da assistência do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, permitindo no fim da gestação, o nascimento de um bebê saudável e a garantia do bem-estar maternal e neonatal”. Brasil (2014) ainda afirma que toda gestante tem direito de fazer pelo menos seis consultas durante a gestação, realizadas na unidade de saúde, para que tenha uma gestação saudável e um parto seguro, mas há uma certa dificuldade desse acompanhamento, gerando alta demanda de internações, entre outras complicações.

De acordo com Santos e Okazaki (2012), o parto humanizado é visto como uma promoção de respeito entre os profissionais de saúde e as gestantes, tendo como características os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. Além disso, a respeito da atenção que o profissional deve ter com o recém-nascido, é preciso se atentar a segurança buscando sempre a suavidade no toque, principalmente quando se trata de uma execução de cuidados imediatos.

Segundo o Brasil (2002, p.9), “as visitas domiciliares devem ser realizadas, preferencialmente, pelos Agentes Comunitários de Saúde, na frequência possível para cada localidade, porém, no mínimo duas por gestação”. Os ACS têm como objetivos no acompanhamento das gestantes:

Captar gestantes não-inscritas no pré-natal; Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações; Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário; Completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar; Reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde. (BRASIL, 2002).

De acordo com o Decreto nº 94.406 de 1987, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, também dispõe como atividade privativa do mesmo a consulta de enfermagem, onde ele desenvolve o plano de cuidado através do processo de enfermagem. É necessário planejar as ações de enfermagem através da necessidade da clientela, com atividades educativas, individuais e em grupos, com o intuito de estimular o acompanhamento do pré-natal. Esse espaço permite a continuidade da gestante no pré-natal, onde são abordados diversos temas, como: a importância do pré-natal, a sexualidade, orientações de higiene e dieta (LOPES *et al.*, 2021).

Após o diagnóstico da gravidez em uma consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante anotando alguns aspectos como: nome, idade, endereço da gestante, data da última menstruação (DUM), idade gestacional (IG), e avaliação nutricional. Nesse mesmo período são solicitados alguns exames de rotina (GRADVOHL, 2014).

Segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), as mulheres e recém-nascidos são mais vulneráveis durante e imediatamente após o parto. Estima-se que 2,8 milhões de gestantes e recém-nascidos morrem no mundo a cada ano, principalmente de causas evitáveis. Enquanto no Brasil no ano de 2000 a mortalidade materna era considerada alta, já que para cada 100.000 nascidos vivos, 42,5 mulheres morreram durante a gravidez, parto e puerpério, por causas evitáveis como: hipertensão, hemorragia, infecções (NOGUEIRA; FERREIRA, 2012).

Dessa forma, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, aumentar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2002).

3. ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM À MULHER EM TRABALHO DE PARTO

Para uma evolução adequada do trabalho de parto, é importante o bem estar físico e emocional da gestante. A privacidade, segurança, conforto e respeito, por intermédio de uma assistência humanizada, conivente ao apoio familiar durante o parto, convertem o nascimento em um momento único e especial. Para fixar a humanização na maternidade, foi sancionada a lei nº. 11.108, que recomenda a presença de um acompanhante junto à parturiente no decorrer de toda a transição do parto (BRASIL, 2002).



De acordo com esta padronização, é possível observar que a atenção obstétrica viva uma etapa de mudança entre o emprego dos aparatos tecnológicos e científicos, que provavelmente amparam a assistência de qualidade à mulher, e reconhecendo que a assistência à parturiente envolve não somente os aspectos físicos, mais também o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (BRASIL, 2002).

De acordo com esta padronização, é possível observar que a atenção obstétrica viva uma etapa de mudança entre o emprego dos aparatos tecnológicos e científicos, que provavelmente amparam a assistência de qualidade à mulher, e reconhecendo que a assistência à parturiente envolve não somente os aspectos físicos, mais também o psicológico, o social, o espiritual e o emocional (BRASIL, 2002).

Segundo Pessoa (2019), estudos internacionais indicaram os benefícios do auxílio da doula, revelando que as mulheres acompanhadas ampliam duas vezes a chance de ter parto normal, comparando-os ao grupo que não recebeu esta assistência, além de demonstrarem melhora no pós-parto, analisados através de características físicas e emocionais.

A palavra doula tem origem grega e significa "escrava". Desde então, ela acompanhava a mulher em casa e no pós-parto, ajudando no cuidado com a criança e em suas tarefas domésticas. A doula interage com a mulher durante o período perinatal, tanto na gestação, no parto como no decorrer da amamentação (SOUZA; CASTRO; QUINTILIO, 2021).

Durante o trabalho de parto é importante a realização de exercícios de apoio para a humanização desse ciclo, classificando-se em quatro categorias: suporte emocional (estimular, acalmar e estar presente constantemente); medidas de conforto físico (atividades respiratórias e pélvicas, compressa fria e massagem); suporte de informações (condutas, dicas e recomendações) e defesa (entender as necessidades do casal com relação aos profissionais do hospital agindo em favor do mesmo) (OLIVEIRA, 2013).

Deste modo, a função do enfermeiro compreende em proporcionar os cuidados fundamentais para a mãe e a criança, destacando informações claras sobre o parto, puerpério e puericultura, que reduzam a ansiedade e medos da paciente e de seus familiares, promovendo um ambiente propício para uma adequação física e emocional da mulher, do seu momento de gestante para uma nova fase de puérpera (DANTAS *et al.*, 2011). É de suma importância incluir a família na atenção ao parto, em razão do seu principal papel na evolução do nascimento.

Os serviços de qualidade precisam ser oferecidos a todos e não deve ser limitado à minoria ou grávidas com assistência privada, no qual provocaria um aumento significativo nos números de leitões obstétricos em qualquer região e com profissionais preparados. As indicações das cesarianas visam o bem estar do feto e da mãe, não apenas por vantagem ou conforto da grávida e do médico, que ao determinar a hora do nascimento poderá adequar seus empregos (BRASIL, 2013).

É fundamental o acompanhamento de um modo sistemático durante os períodos de dilatação, expulsão e dequitação para que essa ordem aconteça de forma natural com atuação da parturiente e do seu parceiro, em todas as etapas. Contudo, para que isso aconteça, a preparação deve iniciar-se no pré-natal e no grupo de gestantes, com a finali-

dade de consolidar a capacidade da gestante, instigar o parto normal e incentivar a companhia do parceiro durante todo o processo. Como já descrito antes, é necessário mudanças na postura dos profissionais de saúde, obtendo treinamento constante no serviço (BRASIL, 2013).

Do mesmo modo, é necessário garantir uma assistência no pós-parto contínua, qualificada, interdisciplinar englobando de modo geral as dimensões da mulher e destacando as ações educativas (BRASIL, 2002). A atenção apropriada para a mulher na hora do parto caracteriza uma fase vital a fim de garantir a essa mulher uma atuação segura em relação à maternidade bem-estar. Isto é um direito de toda mulher. A equipe de saúde deve ser capacitada para o acolhimento dessa grávida, do seu parceiro e de sua família, entendendo a importância desse momento. Desta maneira estabelecendo um vínculo mais intenso com a gestante, emitindo confiança e sossego (BRASIL, 2013).

Nessa fase a mulher terá uma experiência parcialmente agradável e parcialmente traumática, tudo dependerá das circunstâncias, desde intrínsecas à mulher e ao período gravídico, ou associado ao sistema de saúde. Diante de situações intrínsecas à mulher, referem-se a idade, experiência com partos, relatos de mulheres que são próximas (mãe, irmãs e primas) em relação a partos, se houve um planejamento da recente gravidez e a confiança sobre si mesma e relaciona-se com sua atuação de mulher e mãe (DANTAS *et al.*, 2011).

Com relação ao sistema de saúde, pode-se destacar a assistência ao pré-natal (inserindo ou não o preparo físico e emocional adequado para o parto) e assistência no parto propriamente dito. Segundo Brasil (2013, p.38), "existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras". Como citado antes, a humanização ao parto pode ser estabelecido como um recurso que inclui ou não o ajustamento da estrutura física e equipamentos hospitalares, a mudança na postura dos profissionais e mulheres envolvidas.

No entanto nos dias de hoje alguns hospitais manifestam uma resistência em alterar seus procedimentos obstétricos e são poucos os que dispõem de instalações adequadas para consentir a presença de um acompanhante para mulher em trabalho de parto. Nesse caso expõe-se a importância do respeito para com a mulher e seus familiares; chamando pelo seu nome, permitindo que ela seja capaz de distinguir cada profissional, esclarecer sobre as diversas práticas no qual será submetida, oferecer um ambiente limpo, acolhedor e tranquilo, explicar em relação a possíveis dúvidas, acalma-la em suas preocupações. São atitudes simples mais que requer um pouco mais do profissional (CALDEIRA *et al.*, 2017).

Ainda conforme Caldeira *et al.*, (2017), Não existe somente uma assistência "ideal" *latu sensu*, porém formas variadas para acompanhar a mulher no transcórre da dilatação, de acordo com a equipe de saúde e o ambiente onde fará o acompanhamento. O trabalho de parto é antecedido por uma fase identificada por sinais e sintomas que acontecem isoladamente ou em conjunto, identificados de sinais premonitórios (PROMUNDO, 2019).

Conforme Reis, Santos e Júnior (2012), normalmente os sinais e sintomas são dores de aclaramento (movimento do útero para baixo), um falso trabalho de parto com dores, alterações na cérvix, indício de sangue e ruptura das membranas. Os sintomas podem acontecer de horas ou até semanas previamente do trabalho de parto, podemos citar:

insinuação, encaixe ou aclaramento; retorno do aumento da frequência miccional; eliminação vaginal do tampão mucoso ou muco-sanguinolento; contrações de Braxton-Hicks¹ mais perceptíveis; dor lombar e sacro-ilíaca; ruptura espontânea das membranas; modificações cervicais do colo uterino (apagamento ou dilatação); o surto de energia.

3.1 Acompanhamento à parturiente na sala de pré-natal

É na sala de pré-parto que os medos das mulheres aumentam em relação a morte, medo de perder o filho e o medo da dor, e podem influenciar negativamente na experiência da parturição principalmente quando agregado a uma mistura de sentimentos como stress, ansiedade, fadiga, tensão, frio, fome, ambiente estranho, desamparo social e afetivo (REIS; SANTOS; JÚNIOR, 2012).

A assistência na sala de pré-parto com a parturiente compõe-se basicamente na monitorização clínica da sequência do trabalho de parto e na vigilância da saúde fetal (ALVES *et al.*, 2020). Sendo assim, no decorrer desse período é fundamental oferecer a parturiente suporte emocional adequado, considerando a frequência com que o trabalho de parto é seguido por angústia e medo.

Conforme Rachid; Schechter (2017):

Acredita-se, então, que a mulher necessita de uma assistência de enfermagem condizente com suas necessidades biopsicossociais, desde sua admissão na sala de parto até sua alta hospitalar e que seja extensiva ao domicílio, para uma adaptação ao novo papel materno, que geralmente permeia a mulher de dúvidas, dificuldades e insegurança no seu desempenho (RACHID; SCHECHTER, 2017, p.232).

Perante essas mudanças, torna-se necessário oferecer um suporte intraparto adequado à mulher, diferenciado por um apoio emocional, físico, informacional e clínico, propiciando maior segurança e tranquilidade à parturiente (SILVA *et al.*, 2020). Deste modo, o suporte intraparto constitui-se em umas das principais ações para o fornecimento de uma assistência de enfermagem holística.

A enfermagem atua de forma significativa, com o atendimento à gestante, do início ao fim, orientando-a de forma adequada, pois além de ser responsável pelo cuidado também deve dar apoio emocional a essa gestante. Para assistência de enfermagem um resultado satisfatório é fazer a diferença no momento da parturição (LIMA; DA COSTA; BARBOSA, 2020).

O acompanhante é um comparsa da equipe de enfermagem, já que o enfermeiro nem sempre possui tempo suficiente para ofertar um apoio emocional adequado. Da Silva *et al.*, (2016) protegem essa ideia ao mencionar que a presença do acompanhante disponibiliza um maior domínio ao cuidado, pois aumenta a observação e a interlocução das suas necessidades.

3.1.1 Partograma

O Partograma é um mecanismo essencial na avaliação e documentação do desenvolvimento do trabalho de parto e no diagnóstico dos desvios da normalidade. Na prática, diversos fatores devem incentivar o conhecimento do uso do Partograma durante a assistência clínica ao parto (CASTRO; CLAPIS, 2015).

A OMS tornou o partograma obrigatório nas maternidades desde 1994. Com o uso do partograma facilitou o monitoramento do trabalho de parto por aprendizes e a passagem de plantão do préparto, contribuindo também para utilização racional de ocitócicos e analgesia. Desse modo, a utilização do partograma deverá interferir principalmente no alto índice de cesáreas sem indicação obstétrica. Sua aplicação também é valorizada pelo diagnóstico precoce das distócias e suas respectivas intervenções (CASTRO; CLAPIS, 2015).

O partograma é um fiel modelo de corpo inteiro do avanço de determinado parto. O valor do partograma confirma-se quando é definido em um momento de avaliação da evolução do parto como um todo: a dilatação cervical, a descida da apresentação, a posição fetal, a variedade de posição, a frequência cardíaca fetal, as contrações uterinas, a infusão de líquido e analgesia (BRASIL, 2013).

O exame completo de todos esses aspectos possibilita o desenvolvimento do parto e dos fatores etiológicos responsáveis pelo seu progresso normal ou anormal. Detectada a distorcia no partograma e reconhecida sua etiologia, a indicação terapêutica será lógica e eficaz. Obviamente a utilização do partograma aumenta a qualidade da assistência clínica ao parto, necessitando ser incluída na rotina das maternidades (BRASIL, 2013).

Cada divisória no partograma confere a uma hora na abscissa (eixo x) e a um centímetro de dilatação cervical e da descida da apresentação na ordenada (eixo y). É iniciado o registro gráfico quando a parturiente atingir a fase ativa do parto (duas a três contrações em dez minutos, com dilatação mínima de três centímetros) (BRASIL, 2013).

No caso de dúvidas esperar uma hora e proceder com um novo toque (a velocidade da dilatação de um centímetro/hora), examinada em dois toques consecutivos e certificar o diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto. São realizados toques vaginais recorrentes, com intervalo de duas horas cumprindo em cada registro o tempo apresentado no gráfico (CASTRO; CLAPIS, 2015).

A cada toque deve ser avaliada a dilatação cervical, altura da apresentação, a diversidade de posição, a situação da bolsa e do líquido amniótico, no momento em que a bolsa estiver rota por convenção é registrado a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectiva diversidade de posição são apontadas por uma circunferência (CASTRO; CASTRO; MEDONÇA, 2012).

O modelo das contrações uterinas, batimentos cardíacos fetais, a infusão de líquidos e drogas, e a utilização de analgesia carecem ser devidamente registradas (CASTRO; CASTRO; MEDONÇA, 2012). Inicialmente a dilatação é cervical indicada no ponto correspondente do gráfico, mudando imediatamente a linha de alerta e em paralelo, quatro horas a seguir, identifica-se a linha de ação, desde que a parturiente já se encontre na fase ativa do trabalho parto.



A melhor posição será aquela que promova conforto e seja eficaz, auxiliando a descida do feto e a vigorosidade das contrações. São consideradas posições fisiológicas aquelas em que não há compressão dos vasos maternos e há auxílio da gravidade na progressão do parto. É importante destacar que a mulher pode adotar várias posições durante o primeiro e segundo período do trabalho de parto. Seguindo seus instintos, ela vai se adaptando em busca de alívio e naturalmente isto facilita o encaixe, rotação e progressão do nascituro no canal do parto. (SOUZA; CASTRO; QUINTILIO, 2021).

4. PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE O PARTO DE CÓCORAS

O trabalho de parto é a fase que precede o parto, indica que o trabalho de parto e o parto constituem o final da gestação e o início da vida extrauterina para o recém-nascido. No trabalho de parto o objetivo é expelir o feto por meio das vias genitais. É por efeito das contrações uterinas, a princípio como fator único, posteriormente acompanhado pelo esforço abdominal que esse trabalho se desenvolve (RIBEIRO *et al.*, 2015).

O parto pode ser visto como também uma sequência que envolve diferentes momentos e movimentos, nos quais são chamados de períodos clínicos do parto, sendo classificado como normal quando acontece sem qualquer tipo de complicação (ALVES *et al.*, 2020).

Segundo Alves *et al.*, (2020) o trabalho de parto contém quatro estágios, sendo assim o primeiro inicia-se com as contrações uterinas regulares e seu término com a dilatação completa do colo do útero. O autor ainda expõe que o parto possui quatro fases clínicas, a primeira fase clínica é chamada de período de dilatação ou trabalho de parto.

O parto é um evento muito intenso para a generalidade das mulheres, principalmente no momento em que olha e pega o recém-nascido pela primeira vez. Contudo, a vivência com o parto é muitas vezes marcada pela situação do mal-estar elevado e emocionalidade negativa, sendo que grande parte dessas mães relatam a ansiedade de como será o atendimento prestado pela equipe de saúde, a ausência de controle, perda da noção de tempo e lugar, assim como sentimentos negativos, tais como angústia e tristeza (ALVES; BEZERRA, 2020).

Na proporção que o trabalho de parto prossegue, as contrações são mais intensas e a dilatação se torna maior, os níveis da dor, medo e cansaço se elevam cada vez mais, enquanto os níveis de energia e emoções positivas se tornam cada vez menores.

4.1 Fases clínicas do parto

O trabalho de parto é o meio pelo qual o feto é expelido do útero. Ele acontece por meio de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina, no período em que a gestação chega a sua reta final, entre 37° e 42° semana, e possui quatro períodos clínicos: dilatação – consiste no intervalo desde o início do TP até a dilatação completa; expulsão – compreende a fase entre a dilatação completa e o desprendimento do feto; dequitação

– é a fase entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta; e puerpério imediato – é a primeira hora após a expulsão da placenta (CARVALHO *et al.*, 2015).

4.1.1 Primeira fase do parto: Dilatação

É o espaço desde o início do trabalho de parto até alcançar a dilatação completa. Na fase latente, apresenta duração inconstante e define-se pela dilatação lenta do colo, velocidade de dilatação $< 1,2\text{cm/hora}$ até os 3cm, e padrão contrátil irregular. A fase ativa caracteriza-se pelo período de dilatação rápida, velocidade da dilatação $> 1,2\text{cm/hora}$ e padrão regular e doloroso (CARVALHO *et al.*, 2015).

Em conformidade com Crespo *et al.*, (2014), a fase de dilatação surge com contrações uterinas dolorosas, que modificam ativamente a cérvix, finalizando quando sua dilatação atingir 10 cm completo. Na primeira fase do trabalho de parto, os efeitos dolorosos estão ligados à dilatação e ao apagamento do colo uterino, motivados pelas contrações uterinas, junto com a redução do fluxo sanguíneo e consequente hipóxia tecidual (isquemia uterina), resultante das contrações arteriais.

4.1.2 Segunda fase do parto: Expulsão

É o período entre a dilatação completa e o desprendimento do feto. Neste momento, o surgimento fetal, estimulado pela contração uterina, dilata a vagina e o períneo comprimindo os receptores nervosos da musculatura pélvica, resultando na vontade de empurrar (CARVALHO *et al.*, 2015).

No segundo estágio, a dor ocorre, especialmente, da distensão da vulva e das estruturas osteomusculares que constituem o assoalho perineal. O incômodo também pode ser produzido por forças de expulsão ou pela pressão de parte da apresentação em relação a bexiga, o intestino ou outras estruturas pélvicas sensíveis (CARVALHO *et al.*, 2015).

Esta fase define-se pelo surgimento das contrações voluntárias da prensa abdominal gerando então a “vontade de espremer”, os puxos, que são movimentos intensos da parede do ventre (REZENDE, 1995 *apud* SÓÜZA 2001, p.23).

4.1.3 Terceira fase do parto: Dilatação

Esta fase compreende entre o tempo da expulsão do feto e a expulsão da placenta. Surge em três momentos: o deslocamento, a descida e a expulsão da placenta. Os incômodos notados, assim como as dores pós-parto, são semelhantes ao retratado inicialmente no processo da parturição. A dor poderá ser local, seguida de cólicas e com uma impressão de rasgão consequentemente da distensão e da laceração da cérvix, vagina ou dos tecidos perineais (CRESPO *et al.*, 2014).



4.1.4 Quarta fase do parto: Primeira hora pós-parto

Esta fase compreende a primeira hora após a expulsão da placenta. É conhecida também por período de recuperação ou de Greenberg, começa imediatamente após a saída da placenta e anexos ovulares expandindo-se até a primeira hora após (CRESPO *et al.*, 2014).

Ainda segundo Crespo *et al.*, (2014), esta fase corresponde à hora imediata à saída da placenta, pelas etapas de risco iminente, e destaca a dimensão de compreender o mecanismo da retratação uterina e da criação normal de coágulos na superfície interna da matriz, que ficou aberta e sangrante após a expulsão da placenta.

4.2 Parto de cócoras

O parto de cócoras, ou parto vertical é um tipo de parto natural em que a posição da mãe consiste de cócoras, ao invés, da posição ginecológica usual, possibilitando um processo mais rápido, uma vez que a expulsão do bebê conta com a ajuda da gravidade, além de ser mais confortável para a mulher e mais saudável para a criança recém-nascida. O nascimento é um processo totalmente natural que faz parte da vida de todo ser humano. Embora, alguns tenham dificuldades ou são, por alguma anormalidade dos seus órgãos reprodutores, impedidos de gerar filhos sanguíneos. Como consequência dessa naturalidade não há necessidade de intervenções, salvo em alguns casos (DA SILVA, *et al.*, 2016).

Ainda de acordo com Da Silva *et al.*, (2016), o conceito de parto e de nascimento vêm mudando de maneira progressiva no decorrer da história obstétrica. Muitas coisas foram alteradas desde que as parteiras executavam os partos ainda em ambiente domiciliar. Muito foi modificado junto a evolução e a junção de novas tecnologias na área da medicina. Por consequência disso, o processo de parto foi obtendo outro significado e começou a ser apontado como um procedimento cirúrgico, que necessita ser executado por médicos, em seu ambiente hospitalar.

Existem algumas formas de parto normal, uma delas é a posição de cócoras. O agachamento geralmente é mais rápido do que outros tipos de parto porque o agachamento expande a pelve mais do que as outras posições e também relaxa os músculos da região, facilitando o nascimento do bebê de cabeça para baixo (FERREIRA; FERNANDES *et al.*, 2016).

Outra vantagem do agachamento é que pode ser feito sob a ação de uma epidural e pode haver a presença de um acompanhante, como companheiro ou doula. Mulheres grávidas que desejam ter um parto agachado devem investir nesta posição durante a gravidez para permitir que os músculos e quadris se ajustem e expandam gradualmente para facilitar o parto. A única desvantagem consiste em exigir certo esforço da mulher, muitas vezes já exausta de um trabalho de parto prolongado (SANTOS, 2019).

O interesse das parturientes por essa posição começou decorrente da busca pelo parto humanizado. Ainda é pouco os casos de mulheres que a usam, pelo fato de ser uma opção nova. Devido a posição em que a mãe fica, há uma expansão no espaço do assoalho

pélvico, para a passagem do bebê, além de também contar com o auxílio da gravidade para o momento de expulsão. Durante esse processo a gestante fica agachada com os joelhos flexionados e os pés apoiados no chão, podendo manter as mãos sobre uma cadeira ou qualquer outro móvel. (SANTOS, 2019).

Segundo Silva *et al.*, (2014), o ideal é desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina, no decorrer do segundo período do trabalho de parto. Deve-se incentivá-la a adotar qualquer outra posição que achar mais confortável, incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. Para o acompanhante também fazer parte desse processo, a mãe pode, ainda, ficar de frente para ele, e os dois podem fazer o movimento de abaixar juntos. Assim, como em outras posições, essa devido a oportunidade da presença do acompanhante, faz com que a mulher se sinta mais confiante, mais segura e mais protagonista do seu momento de parir.

Ao abordar o cuidado ao parto e nascimento, faz-se necessário envolver-se de uma conduta altruísta. É preciso que a equipe assista a mulher de forma individualizada e integral. Nesse sentido, os serviços de saúde contam com a Política Nacional de Humanização como alicerce às práticas de saúde, visando uma assistência resolutiva e de qualidade, respeitando os direitos sociais das mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SOUZA; CASTRO; QUILINO, 2021).

Segundo Silva *et al.*, (2020), o trabalho de parto compreende os inúmeros processos que acontecem fisiologicamente no corpo da mulher, a exemplo a dilatação do colo do uterino e a expulsão do feto para fora. A iniciação acontece com as dores ou contrações uterinas, que se tornam mais frequentes e dolorosas com o passar do tempo.

Essa percepção e olhar menos humanista e pouco menos preocupado, com a individualidade da mulher, com as características fisiológicas naturais do processo de parto, com o sentimento e o psicológico, ao longo dos séculos foi mudando, se transformando, fazendo com que renascesse um novo jeito, um novo modelo de assistência que, melhor represente a grandeza e a real beleza desse momento único que a maioria das mulheres vivenciam (SOUZA; CASTRO; QUILINO, 2021).

O Brasil apresenta, segundo Souza, Castro, Quilino, 2021), um modelo de atenção ao processo de parto, parto e também nascimento, que é caracterizado por utilizar um uso excessivo de métodos intervencionistas obstétricos e neonatais. Intervenções estas que quando são utilizadas muito frequentemente ou não tem bases científicas, associam-se a maiores consequências desfavoráveis maternas e perinatais.

Evidencia-se, também, que o investimento na aplicação de boas práticas obstétricas têm sido extremamente válido, principalmente, considerando os importantes benefícios possibilitados ao trinômio, além do fornecer empoderamento a mulher no seu processo de parto. Logo, fica explícita a necessidade do enfermeiro ser prestador de uma assistência integral e com competência técnica e científica, capaz de calcular as necessidades humanas, para então, utilizar as condutas úteis e recomendadas dada pela OMS no trabalho de parto e parto, em maternidade de risco habitual (SOUZA; CASTRO; QUILINO, 2021).

Segundo Silva *et al.*, (2020), prestar uma assistência com garantia da qualidade, à mulher em processo parturitivo, é um direito fundamental e representa um passo indis-

pensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com mais segurança e bem-estar. É valorizada pelas puérperas, a escuta profissional no decorrer da hospitalização obstétrica, pois segundo as mesmas, só o fato de ter a presença deste agente já considera significativa, visto que, a resolução de suas necessidades depende deste indicador inicial. Ainda segundo o autor a valorização da escuta e do diálogo nas relações interpessoais com a equipe de enfermagem é evidenciada a partir do respeito, da escuta, da atenção e do atendimento referentes às necessidades mínimas que a enfermagem pode oferecer à cliente.

Silva *et al.*, (2020), diz que a profissional enfermeira pode mostrar-se em sintonia com a parturiente ao acompanhar a evolução do parto, relatando sobre o quê e como fazer, a encorajando e incentivando na continuação do processo de parto. Visto que há uma incerteza de como irá se desenvolver o seu trabalho de parto, somada aos relatos das mulheres que tiveram de forma negativa suas experiências, pode acabar gerando inseguranças e temores dos quais não são abordados no pré-natal.

Também, as queixas relacionadas à dor precisam ser encaradas com respeito, considerando a complexidade desse processo e os limites de cada uma das parturientes, compreendendo ainda, que esse limiar da dor pode ser elevado por questões emocionais, psicológicas, culturais, entre outras.

Desta forma, a percepção do enfermeiro no trabalho de parto é que, é uma prática que facilita muito para a mulher, pois o enfermeiro traz como benefícios para o parto humanizado, a inserção de boas práticas, como a diminuição das dores com métodos não farmacológicos, proporciona segurança, autonomia e a participação ativa da mulher durante todo o processo de parturição.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto de cócoras consiste em a mulher adotar a posição de cócoras no momento da expulsão do bebê, quando o colo uterino estiver completamente relaxado (dez centímetros ou mais) e quando sentir vontade de fazer força para expulsar o feto. Ficar em cócoras é um “treino” passivo de assoalho pélvico, importantíssimo na sustentação das vísceras e também na preparação para o parto normal. Para iniciar/resgatar essa prática você pode usar facilitadores até conseguir manter a posição confortavelmente. Os calcanhares devem tocar o solo, apoiando o corpo.

Até a trigésima semana de gravidez, as consultas precisam ser feitas com intervalos de quatro semanas, depois quinzenais, até o dia provável do parto e semanais, se as circunstâncias assim o obrigarem. Durante as consultas, pesquisam-se enfermidades orgânicas e problemas emocionais, orientando o preparo psicológico para o parto e instituindo o costume de higiene- dietéticas, além de realizar o treinamento psicológico para parição.

O acompanhamento ao trabalho de parto é realizado por meios de uma sequência de trabalho, que no que lhe concerne, incluem-se em uma situação histórica de avanço social e de entendimento do processo saúde-doença. Inicialmente, avaliamos nesse estudo, que a qualidade do processo de trabalho de assistência a parturiente, independente de exe-

cutado perante uma estrutura de necessidades sociais, deve-se acatar as necessidades de cada mulher individualmente e não necessidades dadas somente por indivíduos e suas organizações.

Desta forma, constatou-se nos estudos, que todos os sujeitos têm pouca experiência com partode cócoras. Portanto, acredita-se que os profissionais de saúde, devem proporcionar as parturientes à liberdade de escolher a posição que convêm a cada momento do seu parto.

Referências

ALVES, Camila Neumaier *et al.*, Práticas de cuidado realizadas por enfermeiras durante o pré-natal de baixo risco: bases para o cuidado cultural. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e999975275-e999975275, 2020.

ALVES, Tuanne Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.

ARAUJO, Suelayne Martins *et al.*, A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.

BATISTA, Morgana Gomes *et al.*, Contribuições de atividades grupais para mulheres grávidas: Revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p.27-36, 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf. Acesso em: 04 fev 2022.

BRASIL. Ministério da SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 02 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 01 fev 2022.

CABRITA, B.A.C. *et al.*, A ausência do companheiro nas consultas de pré-natal: desafios e conquistas. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online. Universidade Federal do Rio de Janeiro-UNIRIO**. v.4, n 3, 2012.

CALDEIRA, Letícia Ábdon *et al.*, A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

CARVALHO IS *et al.*, O pré-natal e o acompanhante no processo parturitivo: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17(2): 70-77, abr-jun, 2015.

CASTRO, A. S. CASTRO, A. C. MENDONÇA, A. C. Abordagem fisioterapêutica no préparto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioterapia e Pesquisa**. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000300004&script=sci_arttext. Acesso em: 14 de Out. de 2012.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto, **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>. Acesso em: 17 de Set. de 2012.

CRESPO, Sandrina *et al.*, Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. **Escola Superior de Saúde de Santarém Revista da Unidade de Investigação do IPSantarém, 2 (6), 1**, v. 20, 2014.

DA SILVA, Crislaine *et al.*, Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, 2016.

DANTAS, N. P. M. *et al.*, Aplicação de métodos não-farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: relato de experiência. **Revista Rede Sindical**. 2011. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0297.pdf. Acesso em: 25 de mai de 2022.

FERREIRA IS, FERNANDES AFC *et al.*, Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. **Rev Rene**. 2016 maio-jun; 17(3):318-23.

GRADVOHL, S. M. O.; *et al.*, Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. **Pensando em família**. v. 18, n. 1, p. 55-62, jun. 2014.

GUELHO, D.; Gomes, *et al.*, Prolactina e metabolismo – uma perspectiva diferente de uma hormona multifuncional, **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, Volume 11, 2016, p. 268-276. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343916000195>. Acesso em: 02 fev 2022.

LIMA, Jarles Ribeiro; DA COSTA, Liana Dantas; BARBOSA, Silva. O envolvimento paterno no acompanhamento ao pré-natal: desafios e implicações. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e73491110559-e73491110559, 2020.

LOPES, Gabriel da Silva *et al.*, Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 22-38, 2021.

LOUZEIRO, Edenilce Mendes *et al.*, A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 193-203, 2014.

MORAES, Carolina., *et al.*, Tornando-se pai: uma revisão integrativa da literatura sobre a transição para a paternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 21, nº 4, p. 557-567. Maringá, 2016.

NOGUEIRA, João Rui Duarte Farias; FERREIRA, Manuela. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 8, p. 57-66, 2012.

OLIVEIRA, P. F. **Alterações cardiovasculares decorrentes da gestação com ênfase na atuação fisioterapêutica durante gestação e pós-parto**. Vitória, 2013. 67 p. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Disponível em: ALTERACOES CARDIOVASCULARES DECORRENTES DA GESTACAO.pdf (ucv.edu.br). Acesso em: 09 fev 2022.

PESSOA, Mário Guimarães; MORAES, Adriano. Hepatites virais na gravidez. **Femina**, v. 47, n. 1, p. 37-41, 2019.

PROMUNDO. **A situação da Paternidade no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://promundo.org.br/wpcontent/uploads/2019/08/relatorio_paternidade_promundo_06-3-1.pdf. Acesso em 04 fev 2022.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. **Manual de HIV/aids**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.

REIS, Adriana Teixeira; SANTOS, Rosângela da Silva; JÚNIOR, Aloir Paschoal. O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 129-135, 2012.

RIBEIRO JP *et al.*, **Participação do pai na gestação, parto e puerpério**: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*. Londrina. v. 16. n. 3. p. 73-82. jul/set. 2015.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA [periódico na Internet]**, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SANTOS, M. T. Pré-natal: quais são os exames que toda grávida deve fazer. **Veja Saúde**, 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/pre-natal-quaissao-os-exames-que-toda-gravida-deve-fazer/>. Acesso em 15 fev 2022.

SILVA, L. S.; *et al.*, **Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos**. *Rev. Faculdade Montes Belos*, v.8, nº 2, 2014. Disponível em: [8 \(fmb.edu.br\)](http://8.fmb.edu.br). Acesso em: 09 fev 2022.

SILVA, Wilamara Cardoso *et al.*, DESAFIOS PARA O ENFERMEIRO. **Revista Extensão**, v. 4, n. 2, p. 127-137, 2020.

SOUZA, GMB. **Mulheres grávidas trabalhadoras**: uma proposta educativa para o exercício da cidadania. Dissertação (mestrado) enfermagem – UFSC – Pelotas, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/123456789/79981/1/183380.pdf>. Acesso em: 16 de mar de 2022.

SOUZA, Jayne Lins de. CASTRO, Rafael Barreto Borges de. QUINTILIO, Maria Salete Vaceli. Parto humanizado o papel da doula e a visão do enfermeiro. **Revista Saúde.com**, v. 17 n. 4, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/8804>. Acesso em: 16 de Mar de 2022.



CAPÍTULO 14

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM DESAFIO PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: A CHALLENGE FOR NURSES PERFORMANCE

Samara Salazar Ferreira¹

Angela Gabriela de Araújo Costa Moura²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA

2 Professora, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A reflexão acerca da violência necessita de uma análise complexa e minuciosa sobre suas especificidades considerando que é um fenômeno que afeta diferentes classes sociais e não possui pré-estabelecido uma padronização do perfil do agressor, onde as políticas públicas buscam incentivar as denúncias e notificações desses casos. À vítima cabe um suporte de saúde, psicológico e social adequado para o pleno enfrentamento do quadro de violência. O problema foi: De que forma a atuação dos enfermeiros contribui na identificação de violência contra crianças e adolescentes? O objetivo geral foi discutir as principais estratégias dos enfermeiros na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes. A metodologia baseou-se em pesquisa bibliográfica realizada através de pesquisas monográficas, artigos, periódicos e livros relacionados ao tema, com a seleção de publicações entre os anos de 2011 a 2022. Conclui-se ainda uma incipiência no tocante a deficiência da contemplação do assunto na formação acadêmica dos enfermeiros, bem como, a ausência de políticas de educação permanente e articulação intersetorial dos enfermeiros, que por sua vez, em geral, não estão aptos para lidar com casos de violência contra crianças e adolescentes, onde é necessário que o enfermeiro adote estratégias e atitudes em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, colaborando para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária.

Palavras chave: Violência, Criança, Adolescente, Enfermagem, Políticas Públicas.

Abstract

Reflection on violence requires a complex and detailed analysis of its specificities, considering that it is a phenomenon that affects different social classes and does not have a pre-established standardization of the profile of the aggressor, where public policies seek to encourage complaints and notifications of these cases. . The victim is responsible for adequate health, psychological and social support to fully cope with the situation of violence. The problem was: In what way does the work of nurses contribute to the identification of violence against children and adolescents? The general objective was to discuss the main strategies of nurses in reporting cases of violence against children and adolescents. The methodology was based on bibliographic research carried out through monographic research, articles, periodicals and books related to the theme, with the selection of publications between the years 2011 to 2022. in the academic training of nurses, as well as the absence of permanent education policies and intersectoral articulation of nurses, who in turn, in general, are not able to deal with cases of violence against children and adolescents, where it is necessary that the nurse adopt strategies and attitudes in favor of improving the quality of health services, collaborating to build a more just, democratic and solidary society.

Key-words: Violence, Kid, Adolescent, Nursing, Public Policy.



1. INTRODUÇÃO

A violência é definida como uso intencional de força física ou poder que pode ser aplicada a outra pessoa e que se apresenta de várias formas. É considerada um problema de saúde pública, onde a violência contra criança e adolescente extrapola os limites de palmadas, englobando conceitos específicos de violência física, psicológica, sexual e de negligências, que poderá ter íntima relação com fatores pessoais e sociais. Neste trabalho será apresentado a violência contra crianças e adolescentes e entender como é a atuação dos enfermeiros diante dos casos de violência.

Nessa perspectiva, considera-se que a função do enfermeiro é fulcral na articulação e desenvolvimento de estratégias que se defronta com a violência contra criança e ao adolescente, em face de que o profissional de enfermagem está diretamente ligado aos cuidados com a vítima.

O ato do enfermeiro de atender e acolher a vítima de violência intrafamiliar perpassa os limites do atendimento à saúde física, sendo necessário manobras que requer conhecimentos e renúncia de sentimentos inerentes a situação, haja vista que, é exigido que o enfermeiro tenha um empenho maior, evitando que a criança seja entregue ao agressor e, ao mesmo tempo, barra qualquer tipo de hostilidade com a família.

Nessa linha de raciocínio, observa-se que por se tratar de uma realidade crescente que vem desencadeando um grave problema de saúde pública, o presente estudo se faz relevante por trazer estratégias que possibilita ao enfermeiro uso de protocolos de atendimento, criando ações de combate efetivo, com resolutivas eficientes no combate à violência contra crianças e adolescentes, já que se compreende que o atendimento as vítimas vai além da notificação.

Insta salientar que são necessárias mais ações de promoção e prevenção, considerando que o Brasil, é um dos países que mais pratica violência contra crianças e adolescentes, causando em muitos casos, o óbito do infante. De acordo com o que foi exposto, é necessário que exista uma mudança diante destas notificações, com adoção de campanhas educativas de forma a intervir nesse cenário real, envolvendo família e sociedade.

Nessa linha de raciocínio, foi realizado o seguinte questionamento: De que forma a atuação dos enfermeiros contribui na identificação de violência contra crianças e adolescentes? O objetivo geral foi discutir as principais estratégias dos enfermeiros na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Já os objetivos específicos foram: contextualizar os casos de violência praticada contra crianças e adolescentes no Brasil; elucidar a função e o papel social do enfermeiro; descrever as ações estratégicas adotadas pelos enfermeiros diante dos casos de violência contra criança e adolescentes.

Para estudar o problema descrito foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, com um trabalho de natureza descritiva e qualitativa, e uso na fundamentação teórica, base de dados de trabalhos acadêmicos, artigos na internet, periódicos nacionais e/

ou internacionais e livros, com publicações entre os anos de 2011 a 2022, constituindo-se elementos para a elaboração consistente deste estudo.

2. CASOS DE VIOLÊNCIA PRATICADA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

A violência caracteriza-se por ser um dos fenômenos mais angustiantes do mundo atual, revelando-se em todas as sociedades como um elemento estrutural intrínseco ao próprio fato social, fazendo parte de qualquer grupo humano ou civilização. Assiste-se, hoje, em uma escalada da violência e, ao mesmo tempo, a uma banalização e rotinização da mesma e, por consequência, um estado de indiferença, onde o ato violento ou a não-violência são vistos como simples dados do cotidiano (SARAIVA, 2016).

No ano de 1990 foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, dando eficácia a assistência além de garantir os direitos da criança e adolescentes brasileiros. Esse estatuto busca integrar e organizar a fração das políticas sociais básicas, políticas assistenciais e programas de proteção ao grupo infanto-juvenil, atrelado ao ordenamento jurídico, buscando melhorar a realidade social (FREITAS, 2015).

2.1 O que é violência

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) defini a violência como um ato intencional de força física ou poder sobreposto a outra pessoa através de ameaças causando lesões ou mortes. Podendo ser praticada por qualquer indivíduo do meio e de fora do convívio domiciliar.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (2020), destaca que cerca da metade das crianças do mundo, ou mais ou menos 1 bilhão de crianças por ano, são afetadas por violência física, psicológica e sexual, e que vem a sofrer com ferimentos, incapacidade e morte, em razão dos países não exercerem estratégias estabelecidas para protegê-las.

Uma das violações dos direitos humanos, mais praticadas e menos reconhecida no mundo, é a violência contra a criança e ao adolescente que, por afetar a integridade corporal, o estado psíquico e emocional da vítima, assim com seu senso de segurança, caracteriza-se como um problema de Saúde Pública (FREITAS, 2015).

A Organização Pan Americana da Saúde - OPAS (2020), declara que o ato de violência contra criança apresenta-se de várias formas, incluindo maus-tratos por adultos em posição de autoridade, *bullying* e confusões entre pares, violência sexual e no namoro e agressão contra colegas. O ato de violência tem estado associado a assunto de saúde física, sexual, reprodutiva e mental assim como a custos socioeconômicos, como baixa escolaridade, aumento do risco de desemprego e pobreza e participação em gangues e crimes organizados.

Essa modalidade de agressão poderá ser retratada através de maus-tratos, que inane desde a negligência até moldes mais intensos de abuso seja físico e/ou sexual. Falar de violência doméstica contra criança e adolescentes remete imediatamente, a uma problemática cultural, visto que na sociedade atual a violência está fortemente presente, tanto no ambiente infra domiciliar como fora dele. Dentre os resultados da violência doméstica para o crescimento da criança e do adolescente pode-se citar as psicológicas, físicas, cognitivas e sociais (BARROS; FREITAS, 2015).

Sobreleva então que poderá ocorrer o reconhecimento de outras medidas que também venha representar uma modalidade de violência em desfavor da criança e do adolescente, contudo, hoje a legislação reconhece que a violência poderá ser de origem física, sexual, psicológica, patrimonial e moral, em que reúne toda ação ou omissão que desencadear a morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral e patrimonial (DIAS, 2019).

Segundo De Freitas (2021), a violência física ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação a outra, e que causa ou tenta causar dano não acidental, mediante uso da força física ou de qualquer arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas, podendo se manifestar de várias formas como: tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamentos entre outras.

Consoante a isso, Waksman et al., (2018), discorre que a violência física alcança todas as faixas etárias, em que se observa-se que o abuso físico alcança aproximadamente 25% de todas as formas de violência contra criança, sendo proporcional, ao maior número das mortes por violência física, onde 80% acontecem com crianças menores de quatro anos de idade.

Conforme Nunes (2021) a violência sexual é um assunto complexo, difícil de ser analisado, além disso, aponta embaraços para evidenciar os fatos que são vividos na sociedade, devido ser um acontecimento indesejado, em razão de acarretar resultados negativos que interfere na vida do ser humano mediante ao desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes, nas relações interpessoais, resultando em perturbações que irão limitar ou alterar seu modo e sua atitude.

Por sua vez, a violência psicológica geralmente consisti na ação ou emissão destinada a arruinar ou dominar as ações, comportamentos, crenças e decisões de outra pessoa por meio de intimidação, ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento, ou qualquer outra conduta que provoque prejuízo a saúde psicológica, a autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal. (BRASIL 2018).

O patrimônio da vítima também poderá está sujeito a sofrer agressão, em que não agrega somente os bens de natureza econômica e financeira, mas abrange os de importância particular, por representar alta carga sentimental ou mesmo utensílios de uso pessoal e profissional. Desse modo, contém todos os bens "necessários ao pleno exercício da vida civil e que sejam indispensáveis à digna satisfação das necessidades vitais". Tais atitudes advindas do agressor, são aplicadas com o objetivo de que a vítima se mantenha na relação, seja motivado por vingança, raiva, ou outros sentimentos (PEREIRA et al., 2013).

É a ação e omissão dos pais ou responsáveis no que se refere aos cuidados

básicos na atenção, tais como a falta de alimentação, escolas, cuidados médicos, roupas, recursos, materiais e ou estímulos emocionais, necessários a integridade física e psicossocial da criança e do adolescente, ocasionando prejuízos ao desenvolvimento (BRASIL, 2018).

No entanto, esta forma de violência acontece de forma não intencional, sendo mais comuns nas classes sociais menos favorecidas, onde a ausência de condições econômicas e culturais são mínimas. Pelo fato destas famílias viverem para o próprio dia, onde o conforto dos filhos se limita a sobrevivência sem o saber e a condição financeira afim de oferecer cuidados e estímulos que de fato necessitam (WAKSMAN et al., 2018).

2.2 Violência contra criança e adolescente e pandemia do COVID-19

De acordo com Oliveira et al., (2021), a emergência sanitária causada pelo Coronavírus, popularmente denominado de COVID-19, que se instalou no mundo no ano de 2020, fez com que as pessoas mantivessem o distanciamento social. Ocasionalmente assim fechamento das escolas trazendo impactos psicossocial para saúde de crianças e adolescentes para além do educacional, principalmente, para aqueles em situação de vulnerabilidade social.

No entanto, o fechamento das escolas causado pelo distanciamento social dificultou as notificações dos casos de violência contra crianças e adolescentes, uma vez que, as vítimas não tiveram mais contato direto com seus professores, impossibilitando a identificação e notificação dos casos de violência. (LEVANDOWSKI et al., 2021).

O avanço de casos de violência doméstica na pandemia não ocorre só no Brasil. Outros países que enfrentaram a COVID-19 tiveram o mesmo problema. A Organização das Nações Unidas (ONU) tem recomendado medidas para prevenir e combater a violência doméstica durante a pandemia, com investimentos de denúncia online, serviços de emergência em farmácias e supermercados, abrigos temporários para as vítimas, entre outros (SANTOS, 2020).

2.3 Dados epidemiológicos de violência contra criança e adolescente

Segundo Neves (2021), nos dias de hoje o Brasil na ordenação jurídica existe leis diversas de proteção legal, tanto na constituição federal como a Lei nº 8069/90, o Estatuto da Criança e ao Adolescente que é mais conhecido como ECA, que tem como objetivo proteger os direitos da criança e do adolescente.

A Fundação Abrinq, afirma que em 2020, uma a cada quatro denúncias registradas refere-se a atos de violência contra criança e adolescente. De acordo com a fundação são 95,2 mil denúncias que infringe este grupo vulnerável, sendo uma média de 261 denúncias por dia e 11 denúncias por hora (MMFDH, 2020).



Conforme De Freitas (2021), afirma que ambas as formas de violência são prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico e social de uma criança. Então buscando ajudar no processo de denúncias de casos de violência no município de São Luís – MA, foi criado o CTPCA, priorizando o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, efetuando coleta de vestígios visando a materialização dos crimes e a indicação do autor, auxiliando desta forma a investigação criminal e aplicação da justiça (BRASIL, 2020).

2.4 Perfil dos agressores

Em relação ao perfil dos agressores, a maior parte dos atos de violência praticada contra criança e adolescente, é praticada por pessoas próximas do convívio familiar. Posto isso a mãe surge como a principal culpada, com 15.285 denúncias; acompanhado pelo pai, com 5.861; padrasto / madrasta, com 2.664; e outros familiares, com 1.636 registros (BRASIL, 2021).

Nessa ótica, cabe inferir que o agressor possui diversas formas e características, sendo impossível construir um modelo único, podendo está convivendo diariamente ou esporadicamente com a criança. Insta salientar que, os agressores, em sua maioria, pertencentes ao sexo masculino que atuam amedrontando suas vítimas (PEREIRA, 2017).

3. PAPEL SOCIAL DO ENFERMEIRO

Conforme Borges (2014), os profissionais de saúde precisam ser capazes de identificar e agir prontamente diante os casos suspeitos de violência, dando seguimento a esse, o que pode auxiliar para redução das repercussões deste agravo. O enfermeiro, entre os profissionais de saúde, destaca-se pela importância do seu papel na atenção à criança vítima do ato de violência, com a finalidade de prestar um atendimento integral e holístico em todos os níveis hierárquicos na saúde, como primário, secundário e terciário.

Vale ressaltar, que se faz necessário que o profissional enfermeiro tenha compreensão da magnitude da problemática referida, para que ele possa contribuir para uma assistência adequadas as necessidades da criança, vítima de violência. Posto isso, o enfermeiro deverá ser inserido e participar ativamente do ambiente familiar que acontece quadros de violência, de tal forma a consolidar um vínculo com aquela família (SUMMER et al., 2017).

3.1 Indicadores dos tipos de violência

A notificação de casos de violência doméstica, sexual e demais tipos de violências foi determinada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN do Ministério da Saúde no ano de 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações que englobam crianças e adolescentes conforme dispões a Lei nº 8.069/09 que trata do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (MOURO, 2013).

Conforme Aragão et al., (2013), a notificação é uma das responsabilidades dos profissionais de saúde, em geral, e dos enfermeiros, em particular. Esse procedimento torna-se indicador epidemiológico de violência que propicia o redirecionamento de ações nos territórios e /ou a construção de políticas públicas. No entanto, essa ação carece de domínio dos fluxos de notificação dos fatos de violência afim que possam ser encaminhados à rede de defesa ou rede de assistência. Nessa perspectiva, os principais indicadores e sintomas relacionados aos tipos de violência praticada em desfavor da criança, estão descritos na tabela abaixo.

TIPOS DE VIOLÊNCIA	PRINCIPAIS SINTOMAS E INDICADORES
Violência física	<ul style="list-style-type: none"> • Fraturas múltiplas; • Subcapsular de rim; • Lesão no baço; • Trauma hepático ou mesentérico; • Aspiração letal de pimenta; • Queimaduras intencionais; • Sede e desidratação hipernatrêmica; • Ingestões tóxicas; • Contusões e abrasões; • Equimose e hematomas.
Violência psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade; • Medo; • Agitação; • Retração; • Baixo rendimento escolar; • Dificuldade para alimentar-se; • Dificuldade de relacionar; • Baixa autoestima; • Depressão; • Desconfiança; • Súplica para tentativa de fugas; • Uso de entorpecentes e suicídio.
Violência sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes sexuais precoces; • Lesões ou dor na região genital ou anal; • Masturbação excessiva; • Doenças sexualmente transmissíveis; • Presença de sêmen na cavidade oral; • Petéquias; • Enurese e encropese; • Alterações psicossociais; • Ideias e/ou tentativas de suicídio.
Negligência/Abandono	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cuidados básicos.

Tabela 1 – Indicadores dos tipos de violência contra criança
 Fonte: Adaptado de Summer et al., (2017)

Sobreleva que alguns estudos trazem com indicadores para a perpetuação da violência infantil, a crise financeira, crise conjugal, instabilidade familiar e desemprego. Além disso, surgem como fatores de risco para o ato de violentar uma criança, filho indesejado ou até mesmo dúvidas de paternidade. A soma desses fatores faz com que haja uma

certa instabilidade familiar, causando uma crise que possa não ser de fácil resolução, em consequência dessa instabilidade até mesmo um simples choro da criança pode virar um motivo para que à mesma seja agredida de forma física, sexual ou psicológica (SUMMER et al., 2017).

3.2 Atendimento humanizado voltado à criança e ao adolescente e núcleo familiar

Conforme Freitas et al., (2021), o enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde deve estar apto para perceber, enfrentar o problema e cuidar com responsabilidade. O cuidado da enfermagem as vítimas de violência podem ser planejadas para proporcionar a segurança, o acolhimento, o respeito e a satisfação das suas necessidades pessoais. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é essencial para a proteção das vítimas e prevenção de agravos.

Segundo Pires e Santos (2017), no que concerne ao enfermeiro que realizara a assistência ao abuso perante a criança criará um vínculo demonstrando nos cuidados atitudes sinceras e zelosas para com ela, acostumando-as ao ambiente hospitalar. Além disto, precisa sempre explicar sobre as rotinas e os procedimentos que serão executados, suas necessidades e a possibilidade de demora e/ou dor. O profissional carece estar a todo momento atento em passar e manifestar confiança e afeto conciso.

De um modo geral, tem que haver acolhimento em diversos aspectos a quem busca ajuda, auxílio e solução de alguma dificuldade. No que se refere a atos de violência sexual infantil, o enfermeiro terá que responder com atitudes suficientes ao atendimento integral. Além da prevenção de insultos à saúde infantil, o enfermeiro ajuda a melhorar a compreensão da família no que diz respeito aos cuidados preventivos e permite praticar ações mais precoces para rever anomalias do crescimento e desenvolvimento (FASSARELLA et al., 2020).

3.3 A enfermagem e a sua atuação na rede de proteção e acolhimento das crianças e adolescentes em situação de violência

De acordo com Coutinho et al., (2015), considera-se o acolhimento como uma diretriz operacional do SUS afim de garantir acesso universal aos serviços de saúde com qualificação nas relações entre usuários e profissionais de saúde, sendo escuta qualificada e a atenção as necessidades do usuário alicerces para a resposta decisória as demandas.

Deste modo, o acolhimento consiste em uma etapa indispensável para crianças e adolescentes em situação de violência, independentemente, do nível de atenção à saúde, visto que estes indivíduos se encontram fragilizados e com alto grau de ansiedade e medo. O acolhimento não representa um local ou um espaço físico específico, mas um posicionamento profissional no modo de fazer o cuidado tomando para si a responsabi-

lidade de acolher a criança e ao adolescente em suas demandas com responsabilidade e garantindo reparabilidade conforme cada situação (BRASIL, 2010; LOPES et al., 2015).

Particularmente, durante o acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência é importante que o enfermeiro utilize desenhos ou brinquedos que consigam apoiar na comunicação da criança, logo que dificilmente responderão perguntas diretas por causa do medo e ameaça que sofreram ou sofrem, constantemente dos próprios familiares quando agressores (BRASIL, 2013).

Segundo COFEN (2017), vale ressaltar os aspectos éticos do profissional enfermeiro, imprescindíveis no momento do acolhimento, sobretudo, diante da confirmação da violência contra este público em respeito e atenção aos princípios éticos do Código de Ética da Enfermagem, especificamente os princípios da privacidade, confidencialidade e sigilo de forma a preservar a imagem do sujeito.

Pode-se mencionar que o acolhimento é um dos fatores mais relevante do cuidado frente as circunstâncias de violência, visto que pode contribuir de maneira positiva para a continuidade da linha de cuidado, do contrário ocasiona a sua interrupção ocasionando forte risco de revitimização. Deste modo, a linha de cuidado enfatiza a necessidade de atitudes positivas dos profissionais de saúde frente a situações de violência com crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

4. PAPEL SOCIAL DO ENFERMEIRO

Segundo Marinho e Aguiar (2019), a principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial de Saúde - OMS é a Atenção Básica à Saúde - ABS. Por esta voltada a melhoria dos indicadores de saúde, redução de causas previsíveis de morbimortalidade, e consumo ainda mais racional da tecnologia biomédica, com maior eficácia final do setor de saúde. O contexto brasileiro, dispõem de grandes esforços efetuados para reorientação do modelo assistencial, a partir da ABS, em especial com a implementação no Sistema Único de Saúde - SUS e da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Todavia, há inúmeros obstáculos que o enfermeiro enfrenta para abordar e interceder na situação de violência. Na maioria dos casos, o Agente Comunitário de Saúde - ACS, é o responsável por identificar situações que indicam a ocorrência da violência. Frequentemente, a equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF é informada através das pessoas da comunidade, como, por exemplo, vizinhos e professores. Isso deve-se ao fato de que a família é culpada pelas agressões ou por querer manter o fato apenas dentro do meio familiar (DE LOURDES GALINDO, 2017).

A medida de proteção em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes também apresentam modificações importantes, disponibilizando rede de atendimento multiprofissional com intervenções e planejamento, acompanhando e dando suporte às vítimas (PEREIRA, 2017).

Em casos de suspeita ou confirmação que o direito de uma criança ou adolescentes foi violado, podem ser acionados para intervenção os órgãos de proteção. Destacar-se o



Conselho tutelar, Conselho dos direitos da criança e do adolescente, Centro de defesa, Delegacia de proteção da criança e adolescente, promotoria da infância e juventude e Juizados da infância e juventude (AMIN, 2014).

4.1 Políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra crianças

Segundo De Souza e Cabral (2018), foi através da Constituição Federal de 1988 que as crianças e adolescentes foram reconhecidas como sujeitos de direitos. O artigo 227, estabelece como responsabilidade da família, da sociedade e do estado (responsabilidade tríplice) em garantir, com total prioridade, os direitos a vida, a saúde, a alimentação, ao lazer, a profissionalização, salvando-os de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O reconhecimento da necessidade de resguardar a proteção da criança e adolescente culminou na instituição do Decreto 10.701 que é o Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes e a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2021).

Vale ressaltar que o enfermeiro tem responsabilidades, ética e jurídica, frente uma vítima em situação de violência. O Código de Ética de Enfermagem (2007) em seu artigo 23º mostra que é responsabilidade do profissional encaminhar a vítima, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei, sendo proibido provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência (MARTINS et al., 2017).

A violência contra crianças e adolescentes trata-se de um evento intra-classes sociais, com abuso do poder parental ou do responsável. Atualmente, para Pereira (2017) as políticas públicas de proteção social estão direcionadas para cumprimento efetivo da legislação vigente em prol do pleno atendimento do menor incapaz, solidificando estruturas e serviços de proteção básica até a alta complexidade.

Essas políticas estão asseguradas pela CF de 1988, pelo ECA através da lei nº 8.069/90, sendo materializadas através do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS que foi criado por meio da Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS (FALEIROS, 2013).

O Sistema de garantia do direito da criança e do adolescente está dividido em cinco eixos vitais para sua efetivação na rede de atendimento, cada um assim exercendo sua função. O ECA no seu Art. 86º dispõe que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1990).

O primeiro eixo trata da instância na qual o “direito legal” é estabelecido como sistema normativo, esculpido pelas leis e regras que regem as relações da sociedade sejam elas no âmbito constitucional, complementar e/ou ordinária, com resoluções em decretos

legislativos, cuja atividade é de responsabilidade do Poder Legislativo. (BAPTISTA, 2012). Assim, este eixo refere-se às leis que norteiam a sociedade pelo poder legislativo.

O segundo eixo é o de defesa do direito caracteriza-se por ser o mecanismo de acesso à justiça, ou seja, de acesso às instâncias públicas e aos instrumentos jurídicos de proteção legal dos direitos humanos instituídos e considerados fundamentais ao indivíduo, sejam de aspectos gerais e/ou especiais, tendo por responsabilidade assegurar a plena impositividade e exigibilidade (BAPTISTA, 2012). As instituições que compõe este eixo são o juizado da infância e juventude, varas criminais, procuradoria da justiça, ministério público, defensoria pública, conselho tutelar entre outros.

Tratando-se do terceiro eixo, este faz ligação ao campo da formulação e atividades das políticas sociais, onde são originadas as condições materiais para promoção do respeito a liberdade, a integridade e a dignidade, atendendo assim, as necessidades básicas do indivíduo. (BAPTISTA, 2012). Este eixo tem por finalidade promover o direito básico como saúde, assistência social e educação através da elaboração de uma política de atendimento.

Já o quarto eixo do direito é o ramo voltado às organizações representativas da população, isto é, direcionado para a sociedade civil organizada em prol do exercício do controle e monitoramento social, principalmente usando como ferramentas as instâncias não institucionais de articulação tais como fóruns, frentes, pactos etc., e alianças entre organizações sociais. (BAPTISTA, 2012). Trata-se do monitoramento e controle da política para infância e juventude com órgãos governamentais, entidades sociais como conselho de direitos.

Por fim, o quinto e último eixo, que discorre sobre o Sistema de Garantia de Direitos, ou seja, a correta distribuição do direito. Tem o intuito de preparar a sociedade para viver a cidadania, através da discussão, contextualização e em uma perspectiva crítica, garantindo o respeito e eficácia desses direitos. Vale destacar que o Brasil ainda ensaia seus primeiros passos em favor do pleno exercício desse sistema. (BAPTISTA, 2012).

Diante de tal conjuntura, a Política Nacional de Assistência Social - PNAS deu origem a estruturas que tem como objetivo ofertar um atendimento prioritariamente às famílias e seus membros em situações de abandono, vulnerabilidade e/ou de violência. Esse órgão é o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, que é um equipamento governamental que possui características de atendimento voltadas a cidadãos que estejam em área ou condições considerada de vulnerabilidade e/ou risco social, sendo considerada uma rede de proteção básica, voltada para a prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social (PEREIRA, 2017).

4.2 Metodologias para promoção e prevenção dos quadros de violência contra criança e ao adolescente

Segundo Marinho e Aguiar (2019), no que se refere à prevenção e a promoção em saúde, os profissionais de saúde precisam atentar-se para a Educação em Saúde como base na Estratégia de Saúde à Família - ESF. Uma vez que esta é uma das funções funda-

mentais dos enfermeiros, devendo ser valorizada pela oportunidade de modificar o modo de vida e saúde da comunidade. O não reconhecimento desse papel pode ser um fator obstante para o enfrentamento do problema no contexto de trabalho em que os enfermeiros estão postos.

Marinho e Aguiar (2019) refere-se também que é dever da equipe da Atenção Básica fazer o acolhimento, ações educativas e preventivas que precisam ser, ao mesmo tempo abrangentes e específicas, envolvendo diferentes contextos para atingir vítimas e/ou agressores, promovendo a cultura de paz junto à família, escola, comunidade e, em outros espaços sociais.

4.3 Responsabilidade do enfermeiro perante a identificação e notificação dos casos de violência contra a criança e ao adolescente

Segundo Silva, Santos e Silva (2011), que por meio da Lei Federal, portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, a notificação tornou-se indispensável para os profissionais da saúde. Além disso, orienta que a notificação seja encaminhada para a vigilância epidemiológica, a fim de auxiliar no planejamento de políticas públicas. É obrigação do enfermeiro compartilhar com outros profissionais de saúde as informações a respeito do caso da criança, visando o seu melhor atendimento e proteção.

Conforme De Lourdes Galindo (2017), a violência é um revés de grandes proporções. E para sua identificação é essencial que os profissionais notifiquem mediante qualquer suspeita, no entanto, a notificação, muitas vezes, não é realizada causando uma assistência sem resolubilidade. A execução da notificação é fundamental para o enfrentamento da violência, bem como para garantir a proteção dos direitos das crianças e adolescentes. Essa conduta na interrupção do abuso e o desencadeamento da assistência às vítimas e seus familiares.

A decisão do profissional em relação a execução ou não da notificação de um caso de violência há possibilidade de ser fortemente influenciada pelos aspectos culturais. Frequentemente, as famílias negam informações que provem as suspeitas, porque se sentem ameaçadas diante da notificação (MOURO, 2013).

4.4 Limites e desafios da assistência de enfermagem

Segundo Silveira (2020), a atribuição do enfermeiro ao realizar o acolhimento a vítima e efetuar as notificações é de grande relevância para que não aconteçam erros ou danos à proteção da vítima e seus familiares. A enfermagem carece de métodos mais inclusivos e treinamentos, com a finalidade de efetivar um melhor atendimento às crianças e adolescentes submetidos a violência sexual e que serão recebidos no sistema de saúde, desde as unidades básicas até as unidades de emergência hospitalar.

Conforme Costa (2019), os profissionais passam por dificuldades como carência de

capacitação e medo para atuar na prevenção e na notificação; incapacidade de lidar com o abuso; a falta de apoio e sigilo do conselho tutelar; falta de empenho; incompreensão; interferência de sentimentos entre o profissional e a vítima; a dúvida; temor do agressor; acompanhamento das vítimas e a sobrecarga de tarefas; não saber para onde direcionar a vítima. Tais dificuldades provocam o abandono de protocolar as notificações compulsórias e a busca anônima das autoridades.

Segundo Egry et al., (2017), no que diz respeito a violência doméstica estudos mostram tanto a falta de qualificação dos profissionais de saúde quanto a importância da atuação deles na cessação do ciclo de violência, na promoção das relações interpessoais salutogênicas, no reconhecimento e notificação dos casos e na assistência e intervenção necessária tanto para as vítimas quanto para os agressores.

Os enfermeiros compararam, de forma recorrente, o problema à atribuição de outros profissionais da equipe ou fora dela, bem como em uma pesquisa paranaense, em que os enfermeiros sugeriram que outros profissionais, instituições, órgãos públicos e os pais sejam os sujeitos sociais responsáveis por acatar as necessidades identificadas, ou seja, os enfermeiros não se posicionaram como responsáveis sociais para encarar essas necessidades (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

Dentre as inúmeras dificuldades no enfrentamento da violência encontra-se o da própria identificação de que existe a violência, ou outras vezes ela é visibilizada, sendo a vítima responsabilizada por ter “provocado” violência (EGRY et al., 2017).

De acordo com Bezerra et al., (2012), o medo e a insegurança para intervir frente ao problema permeiam o dia a dia dos enfermeiros, e tais sentimentos são capazes de contribuir para que as situações de violência se legitimem, uma vez que sentindo-se expostos ao agressor, os profissionais intervêm de forma discreta e inespecífica, não dispensando a atenção essencial aos casos detectados e a prevenção de reincidência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho incessante para redução dos índices de violência que atinge crianças e adolescentes é um processo complexo e retoma uma discussão antiga, que trata da organização do Estado em fornecer elementos para construir uma sociedade justa e igualitária, assegurando a proteção integral da criança e do adolescente.

O Estado possui participação ativa e responsabilidades para com a garantia dos direitos de cidadania das crianças e adolescentes, na construção de uma política pública de direitos e de combate a qualquer tipo de violência que aflige esse segmento social.

No campo da família, pode-se inferir que a família moderna foi exposta a mudanças em diversos segmentos, em específico no convívio intergeracionais, singularizada pela maior expressão dos afetos e na conquista da autonomia dos seus membros, a embasar a construção subjetiva individual. Os motivos que levam a prática da violência são os mais diversos, dentre os quais está à transgressão do poder e dever de proteção do adulto, os valores culturais que endossam e sustentam práticas violentas, fruto da herança patriar-

cal, e por fim, a negação do direito fundamental ao segmento.

As notificações da violência praticada contra crianças ainda é considerada como um desafio na seara da saúde, haja vista que muitos dados ainda exigem uma maior estruturação do sistema para fomento dos registros das notificações e que esses procedimentos, funcionam como um instrumento de proteção à infância e a adolescência, desde que funcione em parceria com outras práticas de cuidado e leis que priorize o bem-estar do infante.

Conclui-se ainda uma incipiência no tocante a deficiência da contemplação do assunto na formação acadêmica dos enfermeiros, bem como, a ausência de políticas de educação permanente e articulação intersetorial dos enfermeiros, que por sua vez, em geral, não estão aptos para lidar com casos de violência contra crianças e adolescentes, onde é necessário que o enfermeiro adote estratégias e atitudes em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, colaborando para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária.

Referências

- AMIN, A.R. **Curso de direito da criança e do adolescente**: aspectos teóricos e práticos. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- ANGELO, M.; et al. Vivências de enfermeiros no cuidado de crianças vítimas de violência intrafamiliar: uma análise fenomenológica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 585-592, 2013.
- APOSTÓLICO; HINO; EGRY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2013.
- ARAGÃO, A.; et al. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 172-179, 2013.
- BANDEIRA, N. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**: da denúncia ao atendimento. Assis – UNESP, 2009.
- BAPTISTA, M.V. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 179-199, jan./mar. 2012.
- BARCELLOS, T.M.; et al. Violência contra crianças: descrição dos casos em município da baixada litorânea do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021.
- BARROS, A.; FREITAS, M.F.Q. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. **Pensando família**, vol.19, nº.2, Porto Alegre, dez. 2015.
- BERGER, M.; CARDOZO, D.S.L. **Violência contra crianças no contexto familiar**: uma reflexão necessária. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas – UFMA, 2013.
- BRASIL. **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE** - ECA. Lei 8.069, 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.
- BRASIL. Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos. **Violência contra Crianças e Adolescentes**: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Editora

MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação -Sinan Net**. Frequência por Região de notificação segundo faixa etária, período 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def.>>. Acesso em: 15 abr.2022.

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Faça Bonito**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2013.

CARDIN, F.; et al. Das políticas públicas de prevenção no combate à violência intrafamiliar praticada contra a criança e ao adolescente. **Centro Universitário de Maringá**, 2011, vol.26, n.6.

CARLOS, D.M.; et al. "Não tenho, não tive": vivências de famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020

CASTRO, B.S. O Cenário Brasileiro de Proteção à Violência na Infância e na Adolescência e a Agenda Governamental. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais-RPPI**, v. 4, n. 2, p. 115-132, 2019.

CAVALCANTI, S.V.S.F. **Violência Doméstica: análise da Lei "Maria da Penha" nº 11.340/06**. 3. ed, São Paulo, Editora JusPodivm, 2016.

COSTA, D.K.G.; et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 79-95, 2015. Suplemento 2.

CRISPIM, M. **Feminicídios aumentam no Nordeste durante a pandemia**. Agência EcoNordeste, 2020. Disponível em: <<http://agenciaeconordeste.com.br/feminicidios-aumentam-no-nordeste-durante-a-pandemia/>>. Acesso em: 24 fev.2022.

DE FREITAS, R.J.; et al. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: o papel da enfermagem. 2021. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)** ; 13: 1154-1160, jan.-dez. 2021.

DE LOURDES GALINDO, N.; et al. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 3, p. 1420-1429, 2017.

DE SOUZA, I.; CABRAL, J. Políticas públicas para crianças e adolescentes: uma análise a partir do plano decenal dos direitos humanos de crianças e adolescentes. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 6, n. 1, p. 115-151, 2018.

DIAS, M.B. **Lei Maria da Penha na Justiça**. Salvador: Editora JusPodivm, 2019.

EGRY, E.; et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 119-125, 2017.

FALEIROS, V.P. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. UCB, **Revista Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FLORENTINO, B.R.B. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. **Rev. Psicol.**, v. 26 – n. 1, p. 59-70, 2014.

FREITAS, L.; et al. A violação dos direitos humanos da mulher e a eficácia da Lei Maria da Penha. **Revista Ciências Humanas e Sociais**, v.03, n.02, p. 32, 2015.

LEVANDOWSKI, M.L.; et al. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 1, 2021.

LOURENÇO, L.; et al. **Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 1, n. 1, p. 108-128, jun. 2010.

MAGALHÃES, C.A.B. Dimensionamento da violência no Brasil contra a criança e o adolescente. Boletim de Conjuntura (boca), v. 1, n. 1, p. 23-30, 2020.

MARANHÃO. Secretaria de Segurança Pública do Maranhão. **Seminário de Proteção a Crianças e Adolescentes em Comemoração aos 15 anos do CPTCA**. 2019. Disponível em: <<https://www.ssp.ma.gov>>.

- br/seminario-de-protecao-a-criancas-e-adolescentes-em-comemoracao-aos-15-anos-do-cptca/>. Acesso em 05 mar.2022.
- MARINHO, R.A.; AGUIAR, R.S. A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 2, p. 228-241, 2019.
- MARTINS, D.C.; et al. Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 4, n. 2, p. 154-154, 2017.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO MARANHÃO – MPMA. **Grupo de recuperação de homens agressores reduz violência doméstica**. São Luís, MA, 2020. Disponível em:<<http://mpma.ma.br/2020/01/>>. Acesso em: 10 fev.2022.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ - MPPR. **Violência na infância e adolescência**: rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência. 2008. Disponível em:<http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/pmc/rede_de_protecao_de_ctba.pdf>. Acesso em: 15 abr.2022.
- MOURO, N.M. **A responsabilidade do enfermeiro diante da identificação e notificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente**. 2013, (Monografia): Valparaíso de Goiás, FACESA, 2013.
- NEVES, C.G.N. O desafio do combate à violência contra a criança e ao adolescente no Brasil. **Revista Congrega-Mostra de Projetos Comunitários e Extensão**, v. 15, p. 65-70, 2021.
- OLIVEIRA, A.P.F.; et al. Violência contra crianças e adolescentes e pandemia – Contexto e possibilidades para profissionais da educação. **Escola Anna Nery** [online]. 2022, v. 26, n. 7, 2021.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra, 2002.
- PEREIRA, F.D. **Violência familiar contra crianças e adolescentes do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos**. 2017, (Monografia): UNISUL, 2017.
- PEREIRA, R.C.; et al. O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 24, n.1, p. 207-236, 2013.
- PORTO, P.R.F. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: análise crítica e sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.
- ROCHA, L.F. **Ataque sexual infanto-juvenil doméstico**: da revelação à responsabilização criminal do agressor. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras – Universidade Estadual Paulista – Assis/SP, 2010.
- SANTOS, A.C. **A ineficácia das medidas protetivas da Lei Maria da Penha**. 2020, (Monografia), Centro Universitário de Curitiba, 2020.
- SANTOS, J.R. **O fenômeno da violência contra a mulher na sociedade brasileira e suas raízes histórico religiosas**. 2014, (Monografia): PUC Goiás, 2014.
- SARAIVA, J.B.C. **Adolescentes e responsabilidade penal**: da indiferença à proteção integral. 5. ed. e atual – Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2016, pág. 46-49-61
- UNICEF. United Nations Children’s Fund. **A Familiar Face**: Violence in the lives of children and adolescents. 2020. Disponível em:<https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescent_s.pdf>. Acesso em: 21 fev.2022.
- VASCONCELOS, M. **Mulher no Brasil**: uma história de desigualdade e superação. 2017. Disponível em:<<https://www.al.sp.gov.br>>. Acesso em 23 fev. 2022.
- VIEIRA, L.; MOREIRA, D.; LIRA, S.V.G. **Enfrentamento às violências**: sujeitos, estratégias e contextos. 2016, (Monografia): UECE, 2016.
- WAKSMAN, R.; et al. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

CAPÍTULO 15

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

THE ROLE OF THE NURSING PROFESSIONAL IN THE CARE OF THE ONCOLOGICAL PATIENT

Diovanya da Costa Lopes¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

Resumo

É relevante dizer que o câncer possui elevado teor invasivo tanto no corpo quanto no psicológico do indivíduo, ocasionando grandes impactos na vida do paciente, incluindo tudo o que envolve o processo terapêutico. Portanto, o problema estudado nesta investigação está baseado na seguinte pergunta: O trabalho desempenhado pelo profissional de enfermagem pode influenciar no tratamento de um paciente oncológico? Partindo dessa interrogativa, tem-se o intuito de compreender a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico. Dessa forma, o procedimento metodológico adotado nesta investigação é de cunho bibliográfico com uma abordagem qualitativa, com suporte teórico em pesquisadores das ciências da saúde. Os resultados da pesquisa demonstram que adotar um estilo de vida saudável desde a juventude e realizar exames clínicos periódicos pode prevenir diagnósticos irreversíveis e promover a detecção precoce da neoplasia. Foi possível ratificar também a importância do profissional de enfermagem no auxílio à pessoa com câncer, pois além das técnicas, o olhar humanizado do enfermeiro tem poder paliativo, sendo capaz de amenizar os danos psicológicos desencadeados nos pacientes em decorrência do câncer.

Palavras chave: Câncer, Diagnóstico, Tratamento, Enfermagem, Humanizado

Abstract

It is relevant to say that cancer has a high invasive content both in the body and in the individual's psychological, causing great impacts on the patient's life, including everything that involves the therapeutic process. Therefore, the problem studied in this investigation is based on the following question: Can the work performed by the nursing professional influence the treatment of a cancer patient? Based on this question, the aim is to understand the importance of the nursing professional in the care of cancer patients. Thus, the methodological procedure adopted in this investigation is of a bibliographic nature with a qualitative approach, with theoretical support from researchers in the health sciences. The research results demonstrate that adopting a healthy lifestyle from a young age and performing periodic clinical examinations can prevent irreversible diagnoses and promote early detection of cancer. It was also possible to ratify the importance of the nursing professional in helping the person with cancer, because in addition to the techniques, the humanized view of the nurse has palliative power, being able to alleviate the psychological damage triggered in patients as a result of cancer.

Key-words: Cancer, Diagnosis, Treatment, Nursing, Humanized

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o câncer é uma doença em que a malignização é resultado constante de mutações em genes que controlam a multiplicação celular. Quando ocorre a interrupção na regulação do desenvolvimento dos tecidos é que o problema oncológico surge. Diante desse processo, os genes reguladores do crescimento e da distinção das células são modificados e essas transformações convertem as células normais em cancerígenas.

Nesse sentido, o câncer fica atrás somente das doenças cardiovasculares quando se trata de causas de morte no Brasil. A partir disso é importante conhecer os fatores de risco e estabelecer rotinas preventivas com o propósito de um diagnóstico precoce, detendo também o aparecimento de alguns tipos de neoplasia.

Portanto, esta investigação buscou colocar em evidência a relação existente entre o paciente e o enfermeiro no processo terapêutico oncológico. Nesse sentido, entendeu-se que o profissional de enfermagem precisa possuir significativa habilidade relacional, levando em conta as necessidades e particularidades dos pacientes, não se esquecendo de zelar por si próprio na dimensão emocional e prática.

Nessa perspectiva a presente pesquisa foi relevante por relacionar a atuação do profissional de enfermagem com o a atenção ao paciente oncológico, entendendo que o enfermeiro possui o papel de contribuir para a minimização do impacto físico-emocional que o processo terapêutico acarreta à pessoa com câncer. Com isso, o intuito da investigação é angariar contribuições e reflexões ao graduando em saúde.

Assim sendo, o trabalho desempenhado pelo profissional de enfermagem pode influenciar no tratamento de um paciente oncológico? O problema em questão está ancorado nas práticas paliativas com foco na relevância do enfermeiro no tratamento do indivíduo com câncer, demonstrando que sua habilidade relacional e afetiva pode influenciar diretamente nos procedimentos assistenciais a tais pacientes.

Esta investigação é bibliográfica e tem como objetivo geral, compreender a importância do profissional de enfermagem no que diz respeito aos cuidados oferecidos no tratamento da pessoa com câncer. Além disso, possui os objetivos de conhecer os fatores propícios ao desenvolvimento dos diversos tipos de câncer, apresentar os procedimentos inerentes ao tratamento na área oncológica e demonstrar a importância do enfermeiro nesse processo.

Na coleta de dados foram selecionadas obras que ratificam o tema e os objetivos do trabalho como os livros "Entendendo o câncer" (2014), "Atualidades da assistência de enfermagem em oncologia" (2020), "Guia prático de saúde: tipos de câncer" (2015) e revistas científicas do campo da saúde como Revista de Enfermagem Contemporânea (2020), Revista Hupe (2015), Acta Paulista de Enfermagem (2012), Cogitare Enfermagem (2013) e Revista de Enfermagem da UFSM (2013). Foram excluídos trabalhos incompletos ou que não cumpriam o proposto nos objetivos.



2. FATORES PROPÍCIOS AO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER E MEDIDAS PREVENTIVAS

O câncer pode ser descrito como o crescimento descontrolado de células que comprometem órgãos e tecidos, alastrando-se para as demais partes do corpo. Nesse ínterim, essa patologia é considerada um problema de saúde pública que demanda um esforço de cunho coletivo das instituições de governo a fim de que seja ofertada a assistência adequada aos pacientes. (FONSECA; AFONSO, 2020)

Dessa maneira, o câncer é uma doença atrelada à desordem das enfermidades diferentes com múltiplas causas, causando no indivíduo o sentimento aterrorizador diante de uma fatalidade. Por isso, a atuação do enfermeiro é fundamental no que diz respeito ao cuidado físico e emocional do indivíduo durante o tratamento. (FONSECA; AFONSO, 2020)

É válido ressaltar, que os fatores que influenciam no desenvolvimento de doenças oncológicas compreendem causas internas e externas. Os fatores externos estão relacionados a questões ambientais, que envolvem substâncias químicas, irradiação, vírus e elementos comportamentais; tais causas são responsáveis por 80 a 90% de todos os casos de câncer. (FONSECA; AFONSO, 2020)

Por outro lado, as causas internas abrangem fatores como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas. Casos de câncer relacionados a fatores hereditários, familiares e étnicos são raros de ocorrer. Isto é, geralmente, as causas internas e externas são as mais propícias em ocasionar problemas oncológicos, e os riscos mais elevados estão nos elementos externos. (FONSECA; AFONSO, 2020)

Nesse hiato, é relevante saber que alguns agentes causadores de câncer podem ser detidos buscando prevenir a doença. Dentre tais fatores estão o tabagismo, alimentação indevida, sedentarismo, ingestão desregrada de bebida alcoólica, obesidade, agentes infecciosos como o HPV, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, nível socioeconômico e comportamento ocupacional (FONSECA; AFONSO, 2020)

Dessa forma, as medidas preventivas tornam-se primordiais para evitar as ocorrências da doença em questão. O estilo de vida do indivíduo é determinante para a prevenção do câncer, por isso evitar o tabaco, optar por um baixo consumo de álcool, praticar exercícios regularmente mantendo o peso ideal é muito importante por reduzir as chances de desenvolver problemas oncológicos. (BARROS; OPPERMANN, 2014)

Salienta-se, ainda, que uma rotina de prevenção pautada em exames de rastreamento é de suma importância para o diagnóstico de anormalidades antes mesmo de serem clinicamente evidentes, favorecendo as intervenções de cura. As medidas preventivas possuem a capacidade de reduzir as chances de desenvolvimento da doença futuramente. Nessa perspectiva, 50% dos casos de câncer podem ser evitáveis. (BARROS; OPPERMANN, 2014)

Atualmente o câncer é definido como uma doença multifatorial, segundo o INCA (2019), mas alguns estudos da mesma instituição do ano de 2018 ainda retratam fatores, que hoje em dia, desencadeiam o câncer, entretanto estudos indicam alguns hábitos da população que determinam o quanto um indivíduo apresenta chance de ter câncer, par-

tindo do seu comportamento. (FALIERI; ARAMUNI; VILLELA, 2019)

Nessa tangente, em relação ao tabagismo, muitas pessoas asseguram que fumam um cigarro a cada dia, por isso acreditam quem não há prejuízos em sua saúde, todavia algumas investigações recentes declaram que fumar um cigarro diariamente aumenta o risco de desenvolvimento de doenças. (HACKSHAW et al., 2018 apud FALIERI; ARAMUNI; VILLELA, 2019)

Já no que se refere à alimentação, um elemento de grande risco são os agrotóxicos. Stoppelli e Magalhães (2005 apud FALIERI; ARAMUNI; VILLELA, 2019, p. 90) falam “que aproximadamente 3 a 5 milhões de pessoas são infectadas por agrotóxicos em todo o mundo, sendo assim, responsável diretamente ou indiretamente para o surgimento de diversos casos de câncer que surgem todo ano em todo o mundo.”

Inúmeras pessoas são convictas que o câncer não pode ser prevenido, no entanto, a ingestão de hortaliças pode potencializar as medidas preventivas contra o câncer e outras doenças também. Um indivíduo que adere uma dieta com déficit em carboidratos, minerais, vitaminas, agregada a uma dieta rica em gorduras, sal e açúcar, bem como ser adepto ao sedentarismo, pode ter um aumento na possibilidade de desenvolver várias doenças como obesidade, diabetes, osteoporose e câncer (CARVALHO, 2006 apud FALIERI; ARAMUNI; VILLELA 2019).

Nesse hiato, utilizar maneiras de prevenção ao câncer por meio de ações simples traz muitos benefícios à vida das pessoas. Equilibrar a alimentação ingerindo mais verduras, frutas, grãos integrais e feijões, reduzir o consumo de salgados e alimentos processados ricos em sódio, além de evitar bebidas açucaradas, e alcoólicas são medidas relevantes para o processo preventivo (ONCOLOGIA, 2019 apud FALIERI; ARAMUNI; VILLELA 2019).

3. CÂNCER: SINTOMAS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Nesta seção serão apresentados alguns tipos de câncer, dentre eles os mais comuns (mama, próstata e pele) e ainda os mais temidos, que são os sanguíneos e linfáticos (tipos de leucemia), enfocando nos sintomas, diagnóstico e tratamento, a fim de propiciar informações relevantes sobre essas patologias.

3.1 Câncer de mama, próstata e pele

Os cânceres considerados mais comuns são os de mama, próstata e pele. São os chamados cânceres de glândulas e anexos, mostrando-se perigosos já que em sua fase inicial eles são silenciosos. Dessa forma, são detectados previamente apenas pelos indivíduos mais atentos ao seu corpo. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

De acordo com Silva, Basso e Catelli (2015), o câncer de mama é uma doença que atinge, na maioria das vezes, as mulheres, embora, em alguns casos, acometa os ho-



mens. O sintoma inicial da doença é a presença de um nódulo indolor e endurecido na mama; mas ainda pode ocorrer deformidade da mama, retração da pele ou do mamilo, edema, vermelhidão, dor e presença de líquido nos mamilos.

O câncer de próstata, por sua vez, geralmente acomete homens com 65 anos ou mais. Os casos detectados também podem ser atribuídos ao fator hereditário, em sua minoria, ou ainda, podem estar associados estilo de vida, fatores dietéticos ou por distinções no acesso ao diagnóstico da doença. (DAMIÃO et al., 2015)

Por outro lado, o câncer de pele é o que ocorre com mais frequência e compreende mais de 50% dos diagnósticos de câncer. Existem dois tipos de câncer de pele, o não melanoma, advindo das células basais ou escamosas, e o melanoma, que se origina nos melanócitos, células responsáveis pela produção da melanina. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

Os sinais dessa doença se apresentam na pele por meio da mudança de cor em alguns pontos, forma ou tamanho, bem como surgimento de manchas, caroços, feridas, ou mudanças na textura da pele. Entretanto, para que sejam diagnosticados como melanoma é necessário uma avaliação médica. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

Assim sendo, para tratar o câncer mamário pode-se recorrer à quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cirurgia para remover o tumor ou realizar a mastectomia. Já no câncer de próstata, pode-se realizar prostatectomia radical, hormonioterapia, radioterapia externa, terapia sistêmica e terapia em investigação. Por fim, para tratar o câncer de pele, faz-se uma biópsia excisional para retirar o tumor. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

3.2 Câncer no sangue e sistema linfático

Os cânceres sanguíneos e linfáticos são os mais temidos, e pertencem a um âmbito de desinformação e preconceito. Dessa forma é importante informar leigos e instruir profissionais da saúde visando o acolhimento adequado dos pacientes. Há quatro tipos principais de leucemia que serão discutidas a seguir.

Partindo da Leucemia mieloide aguda (LMA), tem-se como um câncer que atinge rapidamente o sangue e medula óssea fazendo com que as células leucêmicas substituam as células normais. Por outro lado, a Leucemia linfoblástica (LLA) se desencadeia nos glóbulos brancos (linfócitos), no seu processo há uma redução de glóbulos vermelhos e aparecimento de anemia, além da diminuição de células brancas do sangue que enfraquece o sistema imunológico. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

Existe também um tipo de leucemia que é mais comum na infância, a chamada Leucemia linfóide aguda da infância (LLAI), que se caracteriza pelo crescimento demasiado das células progenitoras da medula óssea. Atualmente, com a poliquimioterapia, terapia de manutenção, a implementação de uma maneira de preservar o sistema nervoso central e o uso de técnicas atuais em pesquisa e diagnóstico, crianças com LLA podem ser curadas. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

Ademais, outra extensão leucêmica é a Leucemia linfocítica crônica (LLC) que provoca anemia e sangramento visto que os glóbulos vermelhos e as plaquetas são substituídos pelos linfócitos anormais. Há ainda, a Leucemia mieloide crônica (LMC) tem como característica o desenvolvimento de leucócitos anormais em quantidade excessiva, favorecendo a diminuição no número de células normais. Comumente apresenta progressão lenta, acometendo adultos e idosos. (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015)

Nessa perspectiva, os sintomas mais comuns da leucemia são “febre e calafrios, sudorese, fadiga, infecções frequentes, perda de peso e apetite, contusões ou sangramentos fáceis, falta de ar, dor óssea e lombar.” (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015, p. 44) Para diagnosticá-lo é necessário realizar um hemograma completo, sendo que após esse procedimento, faz-se um mielograma e biópsia da medula óssea para que seja feita a confirmação da doença.

Em suma, o tratamento desse tipo de câncer pode ser feito por meio da quimioterapia, inicialmente, no entanto a terapia biológica e o transplante de medula óssea também podem ser alternativas indicadas.

4. O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Diante do que foi exposto nos capítulos anteriores é perceptível que a questão oncológica é delicada e deve ser tratada com cautela, principalmente no que diz respeito ao cuidado direto do paciente por meio da assistência dos enfermeiros. Nessa perspectiva é possível reduzir o sofrimento, pois ainda que haja cura para muitos casos, a taxa de mortalidade continua sendo elevada.

Nessa tangente, quando há a impossibilidade de cura do câncer é muito importante que os cuidados sejam realizados com a finalidade de amenizar a dor do enfermo, e conseqüentemente, o sofrimento dos seus familiares, com base na filosofia dos cuidados paliativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que tais cuidados têm o fim de trazer alívio à angústia da família do doente e propiciar melhor qualidade de vida ao indivíduo com câncer avançado.

O método paliativo surge quando os tratamentos como quimioterapia, cirurgia e radioterapia, tornam-se sem eficácia para o alcance da cura da doença oncológica. Com isso vários pacientes passam a ter necessidade de amparo psicológico, social e espiritual, além do cuidado com os sintomas físicos (SALES et al., 2012).

Nesse contexto, o paciente precisa se submeter à internação hospitalar, para dar prosseguimento às medidas terapêuticas, sendo de extrema importância que um ente querido acompanhe o doente. A partir disso é que a equipe de enfermagem deve agir como facilitadora desse processo, para fazer um trabalho conjunto que seja benéfico ao tratamento do paciente oncológico (VICENZI et al., 2013).

Dessa forma, é possível perceber que a assistência do profissional de enfermagem



não deve se remeter apenas ao paciente, mas é necessário que seja estendida a seus familiares por meio, principalmente, de intervenções que incentivem a família a permanecer ao lado do enfermo no decorrer do tratamento recebendo informações dos medicamentos utilizados e cuidados terapêuticos.

Outrossim, quando o indivíduo com câncer necessita passar por um longo processo quimioterápico é indispensável que o profissional de enfermagem esteja atento esclarecendo os efeitos advindos desse procedimento para que os familiares sintam-se acolhidos e possam cooperar na progressão do tratamento.

Nesse sentido o profissional enfermeiro ao propiciar as orientações adequadas em relação aos cuidados que o paciente necessita, visto que existem efeitos colaterais da quimioterapia, que podem ser de grande intensidade ou não, dentre os quais estão "vômitos, estomatite, constipação, diarreia, tontura, insônia, fadiga, dor, depressão, irritabilidade, dentre outros" (VICENZI et al., 2013, p. 412).

Tais decorrências interferem significativamente nos campos físico, emocional e cognitivo do paciente. E é nesse contexto que a equipe de enfermagem deve manifestar seu auxílio, no sentido de assistir a família no enfrentamento da agressividade da quimioterapia concedendo a exteriorização dos sentimentos, pormenorizando as informações acerca da patologia e esclarecendo a relevância da continuidade do tratamento (VICENZI et al., 2013).

De acordo com Vicenzi et al. (2013) são de atribuição da equipe de enfermagem oncológica, incluindo a dimensão técnica e assistencial, atividades educativas que se direcionem aos métodos preventivos, detecção prévia, cuidados e reabilitação, que compreendam equipe, pacientes e familiares. A partir disso, atinge-se melhoria da qualidade de vida ou sobrevida dos portadores de câncer.

Outro fator importante é a mediação da equipe de enfermagem com outros setores da área da saúde e serviços que prestam apoio aos pacientes que têm câncer, pois muitas vezes o doente e também a família necessitam de ajuda psicológica, sendo necessário passar pelo setor de assistência social. Assim sendo, nesse processo é indispensável o elo do enfermeiro com esses outros profissionais.

Nesse íterim, percebe-se que na área da saúde é imprescindível ter um olhar humanizado, compreendendo o ser humano, estabelecendo uma comunicação efetiva com as pessoas para melhor assistir a família e o paciente. Interagindo de forma direta com eles, portanto, o profissional enfermeiro é capaz de traçar um plano adequado para cada situação, levando em consideração as necessidades espirituais, biopsicossociais e emocionais de cada indivíduo (SALES et al., 2012).

Por isso, deseja-se que a enfermagem se sensibilize com o panorama que compreende a pessoa com câncer. Nesse sentido, importa dizer que é necessário os enfermeiros exercerem orientações direcionadas ao cuidado de cada indivíduo em particular (VICENZI et al., 2013).

Assim sendo, entende-se que a educação em saúde abrange um processo organizado e planejado. Portanto, empregar métodos que incentivem a autonomia dos indivíduos re-

quer ações compartilhadas e não diretivas, providências acertadas e a seleção de opções em um panorama adequado de informações, de suporte social e habilidades cognitivas (VICENZI et al., 2013).

Numa perspectiva de atendimento humanizado, é importante ressaltar que o atendimento realizado pelo profissional enfermeiro é uma ferramenta indispensável, que promove a valorização do paciente, bem como o seu protagonismo. Assim sendo, a família da pessoa com câncer também deve ser inserida nesse processo para que seja seu suporte emocional, sabendo identificar os efeitos colaterais que o tratamento pode causar (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020).

Além disso, outro fator importante na assistência terapêutica ao paciente oncológico é a relação de empatia que deve ajudar a estabelecer a confiança que o paciente tem no profissional de enfermagem que o acompanha nesse processo. Através desse vínculo a pessoa com câncer é capaz de desenvolver maior crença e aceitação ao tratamento (ANACLETO; CECCHETTO; RIEGEL, 2020).

Diante disso, percebe-se que na área da saúde é imprescindível saber lidar com pessoas, visto que é por meio de uma comunicação eficaz que o profissional poderá auxiliar o paciente e seus familiares. É válido ressaltar, que o enfermeiro, é o profissional da saúde que mantém uma relação mais estreita com o paciente neoplásico e sua família, sendo que esses indivíduos, quando necessário, recorrem prioritariamente ao enfermeiro para instruções acerca do tratamento (SALES et al., 2012).

Portanto, dentre as funções que a enfermagem deve exercer, estão o respeito e o cuidado abrangendo todo o contexto do paciente, considerando seus valores, crenças e traços culturais adequando a isso, o auxílio indispensável ao bem-estar do indivíduo com câncer. A autonomia do pessoal da enfermagem, nesse caso, é de extrema importância para que as visitas, levando em conta as necessidades dos familiares do doente, sejam cumpridas adequadamente (SALES et al., 2012).

Salimena et al. (2013) aponta que o profissional enfermeiro precisa estar preparado emocionalmente para assistir da melhor maneira o paciente, entendendo que o ambiente de tratamento deve ser tranquilo e acolhedor para todos. Dessa forma, a partir de um preparo efetivo, o profissional de enfermagem procura maneiras cabíveis de comportamento ante o sofrimento e possibilidade de óbito no dia a dia clínico.

Em suma, a equipe de enfermagem que auxilia o paciente oncológico está exposta a variados sentimentos, que vai desde o sofrimento até o regozijo profissional. Os enfermeiros se percebem afetados emocionalmente principalmente quando o paciente retorna para um novo tratamento, quando o indivíduo não tem chance da cura, e também diante do sofrimento dos familiares dessa pessoa. Contudo, ao se deparar com circunstâncias nas quais tiveram sucesso no procedimento terapêutico e obtenção da cura a equipe fica entusiasmada e feliz (SALIMENA et al., 2013).

Nesse hiato, percebe-se que o enfermeiro está inserido num cenário de grande vulnerabilidade ao assistir pacientes oncológicos, pois se configura aí, uma linha tênue entre cuidado terapêutico e vínculo interpessoal. Ressalva-se, portanto, que a equipe destinada ao acolhimento da pessoa com neoplasia busque um maior controle mental diante das



situações que vivencia diariamente na ala oncológica.

Por fim, o papel do enfermeiro neoplásico é tido como múltiplo, por ir além da assistência terapêutica, paliativa ou não, mostrando-se como uma ferramenta essencial de disponibilidade plena, empatia e diálogo acolhedor ao paciente e sua família, o que atenua o sofrimento que se desenvolve nesse panorama que envolve a doença. Por conseguinte, o ofício de quem atua na área oncológica precisa possibilitar qualidade terapêutica, e, sobretudo, humana aos pacientes inseridos nessa batalha árdua contra o câncer.

4. CONCLUSÃO

É possível concluir, após a realização da pesquisa, que o papel do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico é fundamental, visto que o enfermeiro presta um auxílio humanizado essencial ao paciente acometido por neoplasia, assistência que vai além da técnica. Portanto, descreveu-se neste trabalho, como se dá a relevância do profissional de enfermagem nesse processo de cuidado às pessoas com câncer.

Foram pontuados, os principais fatores responsáveis pelo desencadeamento do câncer e os métodos preventivos à doença, buscando evidenciar os elementos propícios ao desenvolvimento de cânceres diversos, bem como destacar as medidas de prevenção para diminuir as ocorrências da doença.

Apontaram-se, também, considerações acerca dos cânceres mais comuns e mais temidos, o que inclui o câncer de mama, próstata, pele, os linfáticos e o de sangue, procurando ressaltar a importância de reconhecer os sintomas e ir em busca do diagnóstico precoce para realizar o tratamento adequado.

Por fim, demonstrou-se a relevância das intervenções do profissional de enfermagem no trabalho com os pacientes oncológicos, entendendo que o enfermeiro tem um papel primordial na promoção de qualidade terapêutica à pessoa com câncer, demonstrando não só a técnica, mas disponibilidade e empatia. Em síntese, espera-se que esta investigação propicie reflexões, levando a compreender a dimensão do trabalho do enfermeiro, sobretudo o da área oncológica.

Referências

ANACLETO, G. CECCHETTO, FH. RIEGEL, F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **Rev. Enfermagem Contemp.**, v. 9, n. 2, p. 246 – 254, 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2737>. Acesso em: 02 abr. 2022.

BARROS, Newton (coord); OPPERMANN, Christina Pimentel (org). **Entendendo o câncer**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DAMIÃO, Ronaldo. et al. Câncer de próstata. **Revista Hupe**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 80-86, ago. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/issue/view/1056>. Acesso em: 18 set. 2021.

FONSECA, Ariadne da Silva; AFONSO, Shirley da Rocha (org). **Atualidades da assistência de enfermagem em oncologia**. São Paulo: Centro Paula Souza, 2020.

SALES, Catarina Aparecida et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]., v. 25, n. 5, p. 736-742, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/KJj49vgvp4Hn9YcTtshMtmB/?lang=pt#>. Acesso em: 5 abr. 2022.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira et al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 142 – 147, mar. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31320>. Acesso em: 05 abr. 2022.

SILVA, Maria Isabel; BASSO, Paloma Mansini; CATELLI, Tatiana. **Guia prático de saúde: tipos de câncer**. São Paulo: Eureka, 2015.

VICENZI, A et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 409–417, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816>. Acesso em: 5 abr. 2022.



CAPÍTULO 16

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O CUIDADO À MULHER COM DEPRESSÃO PUERPERAL

***THE NURSE'S ROLE IN FRONT OF CARE FOR WOMEN WITH
PUERPERAL DEPRESSION***

Kátia Kelly Nascimento Pereira¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

Resumo

A depressão pós-parto é um distúrbio mental que possui prevalência alta e que pode ocasionar alterações cognitivas, hormonais, comportamentais, físicas e emocionais iniciadas de maneira insidiosa. Trata-se de um problema de saúde pública, que exige uma abordagem preventiva que necessita de tratamento adequado. Nesse contexto está inserida a importância do assistencialismo do profissional de enfermagem como educador e orientador da saúde para mulheres durante o ciclo gravídico/puerperal. Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo analisar os cuidados e intervenções de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto. O objetivo geral buscou compreender os cuidados e intervenções de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto. A metodologia utilizada será uma revisão bibliográfica exploratória com expressão qualitativa baseada em referências bibliográficas extraídas de artigos científicos, livros e trabalhos publicados nos últimos anos. Conclui-se que a presente pesquisa buscou contextualizar os aspectos históricos que envolvem a depressão pós-parto, onde o assistencialismo do profissional de enfermagem passa a ser visto como uma ferramenta auxiliadora que minimiza a construção do vínculo mãe/bebê.

Palavras-chave: Gravidez. Depressão Pós-Parto. Acompanhamento. Enfermagem. Cuidados.

Abstract

Postpartum depression is a mental disorder that has a high prevalence and can cause insidious cognitive, hormonal, behavioral, physical and emotional changes. It is a public health problem, which requires a preventive approach that requires adequate treatment. In this context is inserted the importance of the assistance of the nursing professional as an educator and health advisor for women during the pregnancy/puerperal cycle. Therefore, this study aimed to analyze the care and nursing interventions for puerperal women with postpartum depression. The general objective sought to understand the care and nursing interventions for puerperal women with postpartum depression. The methodology used will be an exploratory literature review with qualitative expression based on bibliographic references extracted from scientific articles, books and works published in recent years. It is concluded that the present research sought to contextualize the historical aspects that involve postpartum depression, where the assistance of the nursing professional starts to be seen as an auxiliary tool that minimizes the construction of the mother/baby bond.

Key-words: Pregnancy. Baby blues. Follow-up. Nursing. Care.



1. INTRODUÇÃO

Na gravidez a mulher passa por inúmeras mudanças vitais, onde ocorrem alterações corporais e hormonais por conta do desenvolvimento do feto, o que acarreta uma série de efeitos físicos e psíquicos, além dos mais diversos sentimentos que são vivenciados de formas diferentes por cada mãe. Todo esse processo altera a consciência e a personalidade da gestante, ocorrendo assim de forma gradual e necessita de adaptações gravídicas que não acabam com o nascimento do bebê, mas se estendem por um determinado período.

Nesse contexto o presente estudo buscou apresentar a possível relação dessas mudanças com a depressão pós-parto, que tem fatores ligados as alterações hormonais e corporais. Essa relação com a queda nos níveis de progesterona tem ligação direta com a qualidade de vida da mãe e do bebê, por isso a importância do acompanhamento no pré-natal para assegurar uma gestação saudável e sem transtornos psíquicos.

A depressão atinge várias áreas químicas do cérebro, onde os principais sintomas são alteração no sono, estresse, cansaço e tristeza profunda. Quando essa patologia afeta a puérpera tem sua denominação como depressão pós-parto, sendo um transtorno mental que ocasiona diversas mudanças sociais, psicológicas e biológicas. O desenvolvimento dessa patologia tem ligação direta com problemas financeiros, disfunções hormonais, gravidez não planejada e os históricos psíquicos ocorridos antes e depois da gestação. Surge então uma problemática a ser analisada: Qual a importância do papel do enfermeiro frente aos cuidados com a mulher com depressão puerperal?

O objetivo geral buscou compreender os cuidados e intervenções de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto. Já os objetivos específicos buscaram: estudar a fisiologia da gravidez, definir os principais aspectos etimológicos sobre a depressão pós-parto e apontar as principais ações de enfermagem em relação ao cuidado com a puérpera com depressão pós-parto.

O tipo de pesquisa realizado neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis como *Scielo (Scientific Electronic Library Online)* e *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde)*. Os principais autores consultados foram: Brito (2015), Coutinho (2015) e Freitas (2016). O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Gravidez, Depressão Pós-Parto, Acompanhamento, Enfermagem e Cuidados.

2. FISILOGIA DA GRAVIDEZ

A constituição da maternidade inicia-se antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificações das mulheres, que passa pela atividade lúdica infantil, pela puberdade o desejo de ter um filho e sucessivamente a gravidez. Outros processos contribuem para a gestação como os aspectos transgeracionais e culturais que possuem as-

sociação direta com a espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família quanto dentro de uma determinada sociedade (GREINERT; MILANI, 2015).

Diversos autores fazem a descrição e a relação da compreensão da gestação como um momento de preparação psicológica para a iniciação da maternidade, no qual se inicia o contato da mãe com bebê. Segundo Branden (2000) o encontro desse tipo de concepção uma vez que já critica o termo “nova mãe” durante o período pós-parto. Os autores Greinert e Milano (2015) acreditam que as relações entre o filho e os pais se iniciam ainda na vida intra-uterina e se configura no decorrer da vida.

A gravidez é considerada como um dos períodos mais importantes da vida da mulher e nos papéis que esta exerce diante a sociedade. Durante esse período ela passa da condição de filha e assume o papel de mãe, onde conseqüentemente pode reviver experiências anteriores, além disso, passa pelo processo de reajustar o seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. Todas essas mudanças fazem parte do processo de gestação e podem acarretar para a mulher inúmeras dificuldades e adaptação (BRASIL, 2006).

São vivenciadas nesse período inúmeras mudanças em ordem diversas, como biológicas, somáticas, sociais e psicológicas que fazem uma representação única e intensa na vida de cada mulher. É necessário ressaltar que durante esse processo podem ocorrer diversos inconscientes disfarçados em forma de sonho ou de sintomas, nesse contexto existe a possibilidade de ocorrerem conflitos psíquicos que fazem parte do processo de gestação, mas devem ser acompanhados (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Segundo Silva (2016) o ciclo biológico é dividido em três fases, uma dessas fases é constituída como gestação que é um fenômeno natural, porém podem ocorrer inúmeros desconfortos ocasionados pelas diversas modificações no orgasmos femininos, para que esse tipo de adaptação aconteça ocorrem modificações físicas para que ocorra a condição gravídica e puerperal, assim como ocorrem as chamadas condições emocionais que servem de preparação tanto para o momento do parto quanto para o processo de aceitação de uma nova identidade que será assumida durante o período da maternidade.

É necessário ressaltar que a gestação a gestação é dividida em três períodos, onde estes são denominadas trimestrais, sendo que cada um desses possuem suas características de forma específicas. Cerca de 40% a 60% das gestantes entre o primeiro e o segundo trimestre gestacional apresentam náuseas, vômitos, enjoos (geralmente matutinos) e ptialismo. Já o último trimestre gestacional ocorre alterações emocionais que se tornem mais intensas por conta das alterações corporais do nível de interferência do interesse sexual (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Logo no final deste trimestre a respiração torna-se mais lenta, os movimentos fetais, ficam mais intensos, a insônia torna-se mais comum, assim como as dores lombares, o aumento de frequência urinária, assim como o surgimento de cãibras torna-se mais frequente, assim como os edemas e as varizes surgem como mais evidências. Todo esse desconforto da gestante atrelado com uma série de sentimentos, que fazem parte da gestação e podem ou não ocasionarem danos a saúde mental da mulher (CAMBIAGHI, 2001).

Normalmente no segundo trimestre gestacional ocorre o aumento do abdome, toda a



circunferência da cintura e o volume das mamas aumentam, assim como os movimentos fetais ficam mais perceptíveis, as alterações emocionais se tornam mais comuns. Na pele da gestante ocorrem alterações como o aumento da pigmentação e da oleosidade, assim como torna-se comum o surgimento de acne. Toda a pressão do útero gravídico sobre a veia cava ascendente reduz a perfusão uteroplacentária e renal, o que gera a indução da hipotensão supina e bradicardia (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

As alterações no sistema digestório como o aumento de apetite, o desejo por alimentos antes considerados desnecessários, pirose (ou indigestão ácida), a constipação, as flatulências devido à motilidade do trato gastrointestinal, ocasionando ou não alterações nos hábitos alimentares e aumentando a ingestão de líquidos (BRASIL, 2015).

Já no último trimestre gestacional as alterações emocionais costumam se tornar mais intensas, por conta das grandes alterações corporais e do nível de desconforto que interferem diretamente no interesse sexual. Logo no final deste trimestre a respiração torna-se mais dificultosa, os movimentos fetais ficam mais intensos, assim como a insônia, as dores lombares, a constipação, os edemas que ocasionam mais desconforto a gestante, assim como uma série de sentimentos que a confundem (BRANDEN, 2000).

Segundo Silva (2016) todo o ciclo gestacional dura em média 40 semanas, mas pode também serem denominadas como gestação a termo. São geralmente 280 dias que podem ser divididos em trimestres, totalizando três trimestres: o primeiro trimestre compreende do primeiro ao terceiro mês, o segundo do quarto ao sexto mês e o terceiro do sétimo ao nono mês de gestação.

Durante esses nove meses de gestação toda a alteração morfológica e fisiológica que o organismo materno sofre é considerada sofrida de forma profunda e multissistêmicas. Essa integração busca proporcionar as condições necessárias para o processo de desenvolvimento fetal com equilíbrio do sistema materno. As maiorias dessas adaptações ocorrem em resposta aos estímulos que são provenientes do feto ou de tecidos fetais. O objetivo principal não se restringe ao desenvolvimento do feto, mas também com o intuito de preparar a mulher para o momento do parto e da sua lactação (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Durante o processo da gestação a placenta que representa a conexão entre o feto e a mãe no cordão umbilical, permitindo assim a circulação da criança através do corpo placentário para se aproximar circulação materna com tempo e quantidade suficiente para a troca de gás (O₂ e CO₂) e a ingestão alimentos entre seus organismos. Já o saco amniótico que possui duas funções muito importantes, que permitem o acúmulo de líquido na cavidade uterina e isola completamente a criança do ambiente externo devido ao seu fechamento hermético que atuam como proteção e garantem proteção contra infecção (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

O líquido amniótico deixa o espaço suficiente para a criança, atenua assim os possíveis efeitos da mãe no abdômen, evitando que os efeitos da gravidade ocorram com a mesma intensidade do ambiente externo, mantendo a temperatura constante em torno de 36 graus e, por fim, durante o parto, após ter quebrado a bolsa, sendo esse o responsável pela lubrificação do canal uterino, que permite melhor o fluxo da criança para a direção do ambiente externo (BRASIL, 2015).

Segundo Silva (2016) diz que o “botão” dos braços e pernas começam a aparecer entre os dias 25 e 29. No mês seguinte o embrião continua crescendo de maneira veloz. Os órgãos começam a trabalhar, assim como a parte neurológica. O feto segue a se desenvolver e suporta a função da placenta, que é conectada através do cordão umbilical, este por sua vez é responsável pelo transporte de nutrientes e elimina resto do feto. Entre 15 e 21 semanas a mãe já consegue perceber pequenos movimentos.

Algumas vezes é possível dizer aos leigos que a gravidez é segura nos primeiros três meses, que o que é negado pelos cálculos que motivam os abortos. Esse fato entra em contraste com o período, isso porque o útero é particularmente sensível aos esforços atléticos, as longas viagens de carro, ao calor e levantamento pesado por conta do relaxamento dos ligamentos. Por conta disso apenas quando o útero passa pela pequena bacia do quarto mês que os riscos diminuem (BRASIL, 2015).

Nesse contexto é fundamental que a mulher esteja ciente das mudanças corporais para que sua função motora a auxilie e não a machuque. Toda a sociedade ainda não fornece o apoio ou reconhece as alterações que ocorrem durante uma gestação no corpo das mulheres, assim como desconhecem suas necessidades, porque elas possuem valores de um corpo e a chamada “sexualidade perfeita”. Todas as atividades físicas e as benfeitorias do exercício podem influenciar inteiramente a experiência de gravidez e auto-imagem da mulher (BRITO et al., 2015).

Cambiaghi (2001) por sua vez afirma que as atividades físicas durante o período gestacional oferecem inúmeras vantagens, como por exemplo, fomentar a colaboração e sentir o prazer e a satisfação. Os principais aspectos psicológicos dos três trimestres da gestação são: primeiro trimestre ocorre à percepção de que a gestação consciente ou inconsciente dará o início da relação mãe e filho. Neste trimestre são comuns náuseas, vômitos, marcas de nascença, aumento do apetite e alterações de humor. Já no segundo trimestre ocorrem os primeiros movimentos do feto, a personificação do feto. Nesse período são comuns mudanças de desejo e desempenho sexual, assim como as mudanças no modelo corporal, introversão e passividade. Já no terceiro trimestre aproxima-se o período do trabalho de parto, onde é comum aumento de peso, ansiedade, medo do parto e outras características típicas da maternidade.

As atividades físicas em todas essas fases são existenciais variam de gestante para gestante. Porém é necessário destacar a importância da atividade física especializada para dar mais segurança a gestante e aumentar a disposição e melhorarem a saúde. Outros aspectos importantes são ligados ao pré-natal, onde a gestante necessita procurar um atendimento de qualidade para garantir uma gestação saudável e segura (SILVA, 2016). É necessário ressaltar que os processos de relaxamento psicofísico, melhoram a anatomia e a fisiologia, assim como contribuem para a saúde da gestante.

Durante o período da gestação as mudanças corporais ficam mais evidentes, além das alterações externas e estruturais ocorrem modificações metabólicas que contribuem para a DPP. Essas alterações hormonais contribuem para alterações no estado emocional maternas (LEÔNIDAS; CAMBOIM, 2016).

Segundo Branden (2000) os hormônios se elevam e podem sofrer uma queda abrupta no momento do parto, como ocorre com o estrogênio que é o hormônio associado à

serotonina e ao humor. É necessário ressaltar que essas alterações são normais e podem desencadear a depressão pós-parto que por sua vez ocasiona a rejeição do bebê.

No período da maternidade a mulher costuma sofrer interferências das alterações hormonais, como: progesterona, cortisol, TSH, T3, T4, prolactina, estradiol e corticotrofina. Onde esses são os principais responsáveis por provocar alterações do humor que vão desde a ansiedade profunda, tristeza, choro, irritabilidade e inúmeros sentimentos ligados a incapacidade de cuidar do bebê (BRASIL, 2012).

Esses hormônios também contribuem para o desinteresse da mãe com os cuidados do bebê ocasionando assim transtornos psicológicos que podem ocasionar danos sobre a saúde de ambos. A depressão pós-parto tem ligação direta com esses hormônios, afetando diretamente a criança. Quanto maior a alteração dos níveis hormonais, mais chances a mulher têm de desenvolver o transtorno (SOBREIRA; PESSÔA, 2012).

Além das alterações hormonais a DPP possui alterações fisiológicas que Segundo Silva (2016) ocorrem durante a gravidez, sendo elas alterações corporais que se desenvolvem de forma diferente em cada mulher. Essas modificações podem ser: aumento no quadril, o aumento de peso, aumento no volume das mamas, tendo essa evolução com a DPP.

O aumento do peso é um processo comum durante a gestação e ocorre por conta do desenvolvimento feral, logo o aumento das necessidades metabólicas e nutricionais tende a crescer. O controle do peso é necessário para que sejam evitadas as ocorrências patológicas como é o caso da hipertensão arterial, obesidade, macrosomia fetal, diabetes e outras complicações que são ligadas ao período puerperal (TOWSEND, 2014).

A deficiência de peso pode afetar o desenvolvimento do feto, nesse contexto é importante a prática de atividades físicas que contribuem para a saúde da mãe e do bebê. Esse aumento no volume das mamas faz parte do processo de amamentação, onde essas crescem e ficam doloridas. Já o aumento abdominal faz parte do processo da expansão da cavidade abdominal, todas essas alterações físicas contribuem para a DPP (VIEIRA, 2014).

3. ASPECTOS CONCEITUAIS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada como um transtorno mental de alta prevalência, onde este provoca alterações emocionais, cognitivas, físicas e comportamentais. Seu início ocorre de maneira insidiosa, ou seja, podem ocorrer semanas após o parto. É considerada como uma patologia que deriva da combinação de inúmeros fatores biopsicossociais, que são de difícil controle que costumam atuar de forma inexorável quando surgem (BRITO et al., 2015).

Por conta do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas durante a fase puerperal, onde ocorrerem a elevação dos níveis de corticosteróide e a queda dos níveis hormonais, ocorrem inúmeras exigências culturais, familiares e sociais em relação a puérpera, para que essa consiga desempenhar seu papel diante do contexto de adequação materna. Logo

passa a ser vivenciado um período de medos e constante fragilidade, onde a mulher passa a ser o centro de cobranças e recebe uma carga emocional muito forte (COUTINHO et al., 2015).

A DPP não é comum apenas no Brasil, mas no mundo toda sua incidência varia de 15% a 25% na proporção de um caso para 1.000 mães. Logo passa a ser vista um sério problema de saúde pública e materna, por conta das diversas alterações emocionais e comportamentais da mãe com depressão, onde a mesma pode atingir de 12 a 16% das mulheres logo após o nascimento do bebê, criando assim uma exigência de cuidados e tratamentos adequados (BRITO et al., 2015).

Segundo Porto (1999) o conceito de depressão pode ser compreendido de diversas formas, onde esta passa a ser visto como uma doença do organismo como um todo, onde está comprometido o físico, o humor, e conseqüentemente o pensamento. É classificado como uma doença afetiva ou do humor, que não deve ser vista apenas como um sinal de fraqueza, de ausência de pensamentos positivos ou de uma condição que para ser superada dependa apenas da força da vontade da pessoa. A medicina define a depressão como um mau funcionamento cerebral, onde é criada a distinção de uma má vontade psíquica ou cegueira mental para as boas coisas da vida, logo a depressão pode se manifestar de várias formas onde há necessidade de constatar todos os tipos, que envolvem o comprometimento do ânimo e da vontade de viver.

A Depressão Pós-Parto deve ser considerada como um transtorno mental de alta de prevalência, que vai além das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. É uma patologia que se manifesta com um quadro clínico específico e trazem vários prejuízos a mãe, ao bebê, a família e a todo o vínculo que envolve esse ciclo (SCHARDOSIM; HELDT, 2014).

Um dos primeiros sintomas da DPP ocorre logo após o nascimento do bebê, que é a internalização do sentimento de incapacidade de cuidar do filho, principalmente para as mães cujo núcleo familiar não é estável ou que tiveram problemas durante a gravidez (ou gravidez de risco). Outros aspectos importantes são ligados a mulheres que sofreram abortos ou em casos de natimortos. Ressalta-se que a gestação e principalmente o nascimento do bebê são considerados eventos propícios para o surgimento de problemas emocionais para as mães, por conta das mudanças que ocorrem dentro dos ambientes que está inserida (SILVA, 2016).

Na fase do puerpério a mulher fica mais exposta ao aparecimento de alterações mentais, bem diferentes de outras fases de sua vida, isso porque seus mecanismos de defesa estão voltados única e exclusivamente para os cuidados e a vulnerabilidade do bebê. Um dos fatores de risco associados a DPP são ligados a históricos de depressão anterior, idade menor que 17 anos, personalidade desorganizada e dificuldades financeiras (VALENÇA; GERMANO, 2015).

As mães deprimidas apresentam insegurança por conta de sua incapacidade materna, que é comumente um dos sintomas da DPP. Esse problema interfere diretamente na interação da mãe com o bebê, ocasionando assim um afrouxamento da atenção que a criança deveria receber, desvio de afeto, desvio de olhar e rejeição que é característica principal desse tipo de depressão. A falta de atenção com a criança faz com que a mãe se

sinta rejeitada, não criando vínculo com o filho (ANDRADE et al., 2017).

Quintão (2014) cita que a demora no diagnóstico da DPP, reforça a interferência da doença no processo de interação da mãe com o bebê, principalmente nos primeiros meses de vida que é quando a criança necessita de cuidados especiais e mais atenção. Durante esse período a doença costuma se manifestar com mais intensidade, ocasionando assim uma dificuldade de tratamento.

O desenvolvimento do bebê é afetado, para Brito et al. (2015) crianças que tiveram mães deprimidas em seus primeiros meses de vida após o parto, onde a patologia não persistiu até seis meses de vida, não apresentaram quadros depressivos durante seus doze meses de vida seguintes. Já os bebês cujas mães tiveram quadros depressivos mais avançados apresentaram início de depressão logo nos primeiros anos de vida, a chamada depressão transitória que ocorre durante o período que a mãe se ausenta do contato com o filho.

Os sintomas da depressão pós-parto têm seu início nas primas seis semanas do puerpério, podendo ou não incidir seis semanas após o parto, por conta do humor depressivo e da perda total de interesse nas primeiras atividades presentes por no mínimo três semanas. Os demais sintomas costumam ser: alteração no sono, adinamia, sentimento de culpa ou de desânimo, a perda de concentração, desinteresse por atividades comuns e pensamentos suicidas (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

A mãe com DPP fica suscetível e desenvolver um sentimento de culpa, com grande probabilidade de desenvolver uma depressão mais severa, principalmente por conta do acolhimento humano e harmônico, que envolve o cônjuge, os familiares, a equipe de saúde e interfere na saúde mental da mulher. A ausência de compreensão nesse período também contribui para a depressão, fora os fatores econômicos e sociais (ABUCHAIM et al., 2016).

Silva (2016) salienta que as principais manifestações da DPP são voltadas para a ocorrência de tristeza, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, perda do prazer, distúrbio do sono, fadiga, irritabilidade, hipocondria, dificuldade de concentração, perda de memória, desinteresse sexual e pensamentos suicidas. O autor ainda relata acontecimentos voltados para a gravidez na adolescência que são comumente indesejadas e acometem esse tipo de depressão, onde a mãe rejeita a criança por se sentir incapaz de cuidar.

A depressão pós-parto pode ser leve ou moderada, sendo ela caracterizada pelos sintomas acima citados, seja qual for o quadro o bebê sempre será o mais afetado por conta dessa desordem emocional. Logo crianças e mães deprimidas possuem um maior risco de terem desordens comportamentais, sociais, cognitivas, afetivas e emocionais (HOLLIST et al., 2016).

Um dos instrumentos utilizados e validado para rastrear a DPP é a Escala de Edimburgo, onde a pontuação maior ou igual a 12 indica a depressão pós-parto, devendo assim confirmar o diagnóstico da depressão através de profissionais habilitados. O período ideal para esse tipo de rastreio pode ser de duas a oito semanas logo após o parto. Esse instrumento foi desenvolvido da Grã-Bretanha e alguns respaldos voltados a estudos epidemiológicos, de encaminhamento diagnóstico e em testes de hipóteses que possuem re-

lação com a DPP. Ressalta-se ainda que esse tipo de escala possui uma tradução de onde idiomas, dentre eles o português e possui validações em diversos países (NOGUEIRA; MEDEIROS, 2010).

Os sintomas psíquicos como o humor depressivo vem acompanhados de tristeza profunda, auto desvalorização e um sentimento de culpa, além de ideias de morte e pensamento suicida, a perda de prazer por atividades comuns que antes eram consideradas agradáveis, diminuição na capacidade de pensar, ausência na concentração, insônia e hipersônia. Os problemas comportamentais também fazem parte do diagnóstico assim como as crises de choro. A soma de todos esses pontos perfaz a escore de 30, onde é considerada a sintomatologia depressiva com valor igual ou superior a 12, sendo definida como validação para a escala (VALENÇA; GERMANO, 2015).

No Brasil a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) teve sua validação no ano de 2003, obtendo assim grande uso para os estudos nacionais. Por se tratar de um instrumento específico para identificar a depressão pós-parto e é também de grande acessibilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, sendo necessária sua aplicação na Atenção Primária, sendo muito utilizada por profissionais de enfermagem (VILLANO; GNANHAY, 2011).

4. AS PRINCIPAIS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À PUÉRPERA COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Um dos principais objetivos do profissional de enfermagem em relação ao atendimento a puérpera com depressão pós-parto é na educação e orientação à saúde, para que as mulheres possam ter mais segurança e tranquilidade ao assumirem seu papel de mãe (TOWSED, 2014).

O enfermeiro é o profissional mais próximo a mulher durante o chamado ciclo gravídico/puerperal, sendo este um dos principais agentes de educação em saúde, que busca evitar a perpetuação de possíveis dúvidas e complicações no pós-parto. O profissional de saúde necessita voltar seus conhecimentos para uma demanda diversificada, voltadas para o atendimento psicológico para contribuir nas resoluções de possíveis intercorrências clínicas que possam vir a dificultar o diagnóstico e o tratamento adequado (BALLONE; FERREIRA; NAKAMURA, 2006).

A equipe de enfermagem necessita estabelecer com a paciente um bom relacionamento, onde o principal objetivo é desenvolver um laço de confiança, observando o comportamento e prestando os cuidados necessários. Quando for notado que a mãe esteja desestimulada, deprimida, é necessário que o profissional ofereça estímulos através de atividades construtivas através de cuidados com higiene pessoal, alimentação e cuidados com o recém-nascido (VIERA et. al., 2014).

A prevenção da depressão pós-parto tem um trajeto delicado, onde o enfermeiro necessita providenciar cuidados imediatos e individualizados, sendo estes mais flexíveis. A identificação dos sintomas é uma análise cautelosa que conta com a ajuda do profissional, que busca zelar pelo bem-estar da cliente. Quando não atendidas de maneira correra



ocorre uma percepção de desprezo, descaso e até mesmo de humilhação que acarreta em inúmeros malefícios para a propagação da depressão (RICALDONI; SENA, 2006).

Cabe aos profissionais de saúde a aquisição e instrumentação para identificar de maneira correta os sintomas da depressão pós-parto, onde é necessário tratar e encaminhar a gestante e puérpera para o tratamento correto. Ressalta-se que o diagnóstico não é tão simples pois os sintomas da DPP são similares com da depressão que ocorre fora do período não puerperal, que também pode ter início nas primeiras cinco semanas puerpério, podendo atingir até seis meses após o nascimento do bebê (SOUTO; MAXIMINO; TOLENTINO, 2016).

A culpa e o desânimo são sintomas comuns da DPP, assim como a perda na concentração e os pensamentos suicidas. É fundamental que a gestante ainda no pré-natal expresse seus temores, ansiedades e queixas, podendo assim ter uma assistência do profissional de enfermagem uma orientação adequada, pois o atendimento precoce ocasiona prevenção e traz consigo benefícios futuros positivos (SOBREIRA; PESSOA, 2012).

Os enfermeiros devem ficar atentos e observar a gestante durante o pré-natal, ajudando assim na identificação de possíveis problemas que possam contribuir para a DPP. Nesse contexto é fundamental que seja realizada uma anamnese contendo informações de sono, nutrição, novéis de ansiedade, peso e das atividades realizadas pelas gestantes. Esse papel de apoio cabe ao enfermeiro, por ser considerado um educador e apoiador para a gestante (BRANDEN, 2000).

Dessa forma é fundamental que o enfermeiro possua conhecimento adequado sobre a etiologia e os sinais que são associados à depressão pós-parto, para assim tomar medidas imediatas sobre os sintomas da doença. O dever de promover a saúde mental da gestante, de certo modo cabe ao enfermeiro onde o mesmo excuta com qualidade e dedicação ainda no período do pré-natal (BRASIL, 2006).

A assistência do profissional de enfermagem no pré-natal contribui para auxiliar na identificação dos sintomas, onde este reconhece os sinais. Toda a confiança adquirida entre a família e o profissional contribui para aumentar a segurança da gestante durante suas atividades maternas, isso contribui para a diminuição da ansiedade (BRASIL, 2012).

Essa assistência do enfermeiro durante o pré-natal auxilia no acolhimento dos sintomas durante a gravidez, que é o período que ocorre às mudanças físicas e emocionais. Cada mulher reage de uma forma diferente em relação às mudanças que ocorrem em seu corpo e na sua mente, por conta disso é comum que ocorram medos, dúvidas, fantasias e até mesmo angústia durante a gravidez (BRUMMEHE; GALEA, 2016).

Por isso a importância do pré-natal e da assistência do profissional de enfermagem para intervir de forma precoce a possíveis situações de risco na gravidez, buscando assim garantir a qualidade e um assistencialismo durante o esse período. Esse atendimento enfatiza a importância de uma gestação saudável, onde a mãe e o bebê asseguram um desenvolvimento saudável e mantenha um vínculo afetivo. Logo toda gestante possui um instrumento de registro que é denominado como cartão da gestante, geralmente recebido no primeiro dia de consulta e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestante (FÉLIX et. al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) um dos principais instrumentos para o processo de assistência e qualidade ao atendimento da gestante é o acolhimento dos profissionais da saúde, onde atenção contribui para promoção e prevenção de possíveis ocorrências. Esse acolhimento é considerado como um dos aspectos principais voltados para a política de humanização, onde se implica a postura ética do profissional de enfermagem e suas ações integradas voltadas a assistência à saúde do recém-nascido e da gestante que vão do pré-natal até o puerpério.

Durante o pré-natal as consultas que são realizadas pelo enfermeiro, são consideradas como um conjunto de fatores e ações que interagem entre si, todos voltados para a humanização. É de competência técnica do profissional de enfermagem as habilidades e sensibilidades que buscam compreender o ser humano, assim o processo de comunicação tornou-se fundamental para que se compreendam as principais necessidades das gestantes buscando assim manter um vínculo sadio e melhorar a qualidade de vida (FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016).

Esse assistencialismo humanizado consiste em compreender as mudanças que ocorrem no decorrer da gestação, são elas: físicas, biológicas e emocionais que são vivenciadas em cada gestação e devem ser realizadas através de uma atenção integral. O processo de promoção, prevenção de agravos e escuta contribui para a qualificação dos usuários e proporciona um atendimento humanizado que estabelece um vínculo permanente durante as consultas de pré-natal (LEÔNIDAS; CAMBOIM, 2016).

O papel do enfermeiro é fundamental para que o acompanhamento do pré-natal seja feito de maneira correta, logo sua assistência adequada previne a DPP através da orientação as gestantes e a família de maneira correta. A importância do pré-natal, alimentação, a importância da amamentação, frequência nas consultas, palestras, vacinação e cuidados com a higiene fazem parte desse processo (RIBEIRO; ANDRADE, 2009)

É papel do enfermeiro a solicitação de exames complementares como consta no protocolo do pré-natal, logo este é responsável pela orientação de testes rápidos assim como pode prescrever medicamentos padronizados que faz parte do programa de atenção a saúde da gestante. Exames clínicos das mamas e coleta de exames citopatológicos do colo do útero também são de responsabilidade dos profissionais de enfermagem (SILVA et al., 2010).

5. CONCLUSÃO

Para grande parte das mulheres a gravidez pode ser considerada como um, para outras esse processo raramente planejado nem sempre é marcado por um período de realização e alegrias, sendo comum o surgimento de inúmeros conflitos tanto em relação ao nascimento do bebê, quanto em relação à vida da gestante. Entre os vários transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão-pós-parto (DPP). A depressão pós-parto pode ser caracterizada pela presença de humor deprimido ou perda total de prazer e interesses por qualquer atividade, onde são comuns episódios depressivos mais intensos que costumam se manifestar duas semanas após o parto. Esse tipo de ocorrência de transtorno depressivo no período do puerpério é classificado de alta ocorrência.



Os sintomas depressivos, que são caracterizados pelo *blues puerperal*, estado depressivo mais brando e transitório marcado pela hiperemotividade, fragilidade e sentimento de culpa e incapacidade. Além disso, grande parte das pacientes que preenchem os critérios do diagnóstico da depressão pós-parto não chega a receber atendimento adequado. Por conta da gravidade desse tipo de transtorno psíquico, observa-se a necessidade de criar adaptações para o atendimento de puérpera, para tentar prevenir esse tipo de ocorrência, onde o pré-natal é um desses recursos de abordagem que trata um novo conceito em atendimento perinatal, que se volta para uma maior humanização do processo gestacional.

A presente temática buscou abordar questões fundamentais necessárias para o profissional de enfermagem sobre a depressão pós-parto, que é definida como uma doença de caráter psiquiátrico e um problema de saúde pública. Assim surge a necessidade de estudar o assunto que faz parte de uma abordagem preventiva dos profissionais de enfermagem para que se possa apresentar uma intervenção e um tratamento adequado a puérpera, para que se possa retomar mais rápido o vínculo mãe-bebê, e não culminar malefícios a esse recém-nascido posteriormente.

Por fim, finalizamos afirmando que a presente pesquisa buscou contextualizar os aspectos históricos que envolvem a depressão pós-parto, onde o assistencialismo do profissional de enfermagem passa a ser visto como uma ferramenta auxiliadora que minimiza a construção do vínculo mãe/bebê. Nosso objetivo não foi esgotar com o assunto, dessa forma, há muito ainda a ser estudo. Além disso, percebemos que há poucos estudos relacionados ao tema e a abordagem sobre o assunto propõe, inclusive, a sensibilização dos futuros profissionais da área a respeito do assunto em questão. A responsabilidade dessa temática começa por cada um de nós e necessita de atenção.

Referências

- ABUCHAIM, E.S.V. et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 665-670, 2016.
- ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.Y. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Saude Publica**. v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ANDRADE, M. et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Rev. Port. Enferm.Saúde Men.**, n. 18, p. 8-13, dez. 2017.
- ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.** v.23, n.1, p.251-264, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>. 27 abr. 2022.
- BALLONE, G.J in: FERREIRA M. J. P.; NAKAMURA E. K. **Depressão pós-parto**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário Campos de Andrade, p. 5, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde, **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – 1.ed., 1. Reimpr. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**, Reichmann & Affonso Editores, 2ªEd, Rio de Janeiro, p. 17, 2000.
- BRITO, C.N.O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015.
- BRUMMEHE, S.; GALEA, L. A. Depressão pós-parto: Etiologia, tratamento e consequências para o cuidado materno. **Rev. Hormônios e comportamento**, v.77, p. 153-166, janeiro de 2016.
- CAMBIAGHI, A. S. **Manual da gestante: orientações especiais para mulher grávida**. São Paulo: Madras, 2001.
- COUTINHO, M.E.M. et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2015.
- FÉLIX, T.A. et al. Desempenho de enfermagem frente à depressão pós-parto em consultas de puericultura. **Rev. Eletr. Trim. Enferm.**, v.12, n.29, p.404-419, 2013.
- FREITAS, M. E. S.; SILVA, F.P.; BARBOSA, L.R.; Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: Revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, v.14, n.48, p. 99-105, 2016.
- GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.
- HOLLIST, C. S et al. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Rev. Bras. Med. Fam. Comum.**, v. 11, n. 38, p. 1-13, abr. 2016.
- LEÔNIDAS, F, M; CAMBOIM, F,E,F. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. **Revista Temas em Saúde**, v.16, n.3, 2016.
- MONTENEGRO, B. A C.; REZENDE, F.J. **Obstetrícia Fundamental**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- NOGUEIRA, V. C.; MEDEIROS, G. R. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, 2010.
- PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. bras. psiquiatria**, São Paulo, n1, v.21, maio de 1999.
- RIBEIRO, W. G.; ANDRADE, M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.1.p.07-09, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaoda-saude/dpp3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- RICALDONI, C.A. C.; SENA, R.R. **Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem**. Ver. Latino-Am. Enfermagem . Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.
- SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 159-166, mar. 2014.
- SILVA, D.G. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Subjetividades**, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2016.
- SOBREIRA, N.A.P; PESSÔA, C.G.O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Rev. Enferm. Integrada- Ipatinga**: Unileste/MG-v.5,n.1. Jul./Ago.2012.
- SOUTO, C. G. V.; MAXIMINO, D. A. F. M.; TOLENTINO, E. C.; Depressão pós-parto: Conhecimento sobre sinais e sintomas em puerperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.14, n.1, p.59-66, 2016.
- TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, 2010.
- VIEIRA, B. D. G. et al; Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspec-

tiva do enfermeiro. **Revista de pesquisa Cuidado é fundamental** online. v.6, n.2, p.1202-1211, 2014.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rede Enferm. Nord.**, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun., 2015. Acesso em: Disponível em: http://periodicos.ufc.br/renevol11n2_pdf/a15v11n2.pdfhttp://periodicos.ufc.br/renevol11n2_pdf/a15v11n2.pdf. 27 abr. 2022.

VILLANO, L. A. B; GNANHAY, A. L. Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2011.

CAPÍTULO 17

PAPEL DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A VITIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

ROLE OF NURSING IN CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

Aline Bianca Pinheiro Pereira¹

Adeilson Nascimento Silva²

Adriane Cristina Pires Freire¹

Ainoan dos Santos Alves¹

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Leandro Rego Santos²

Matheus Lima Moreira²

Wesley Carlos Coelho Vieira²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – MA

Resumo

Este trabalho tem como objetivo compreender como os profissionais estão lidando com o atendimento as mulheres vítimas, a demanda, o que é feito na assistência de cada uma. E saber dos mesmos sobre o entendimento que tem sobre esse assunto, mediante o que Ministério da Saúde aborda sobre. Apresentar a importância de tal tema para estudantes da área, para que conheçam a importância de uma assistência humanizada, abordar o tema para que dominem sobre o conhecimento que muitas vezes não é abordado no decorrer das aulas, surgindo dificuldades para o Enfermeiro. Trazer para si o significado e a importância da humanização e um olhar extremamente voltado para vítima de violência sexual, como será o atendimento, o tratamento, a acolhida e o quanto a vítima poderá confiar nesses profissionais para um melhor atendimento. É inegável o quanto é importante que os Enfermeiros saibam como acolher suas pacientes, aproximar-se de cada uma, e cumprir com o atendimento de forma coerente e ciente de que estão lidando com mulheres fragilizadas, realizando a assistência de forma respaldada na honra e humanização.

Palavras-chave: Violência sexual. Vítima. Mulher. Enfermeiro.

Abstract

This work aims to understand how professionals are dealing with the care of women victims, the demand, what is done in the care of each one. And knowing from them about the understanding they have on this subject, through what the Ministry of Health addresses. Present the importance of such a topic for students in the area, so that they know the importance of humanized care, address the topic so that they master the knowledge that is often not addressed in the course of classes, causing difficulties for the Nurse. It brings you the meaning and importance of humanization and an extremely focused look at the victim of sexual violence, what the care, treatment, reception will be like and how much the victim can trust these professionals for better care. It is undeniable how important it is for nurses to know how to welcome their patients, approach each one and carry out care in a coherent and conscious way that they are dealing with fragile women, caring in a way supported by honor and humanization.

Key-words: Sexual violence. Victim. Women. Nurse.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS a violência sexual é definida como “ todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas.” 8,9% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência sexual, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O Ministério da Saúde tem como responsabilidade a segurança no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, assegurando assim a sua integralidade, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada.

No ambiente hospitalar, a equipe de enfermagem estará à frente para atender mulheres vítimas de violência sexual, são os primeiros a proporcionar o atendimento a vítima, os que serão responsáveis por acolher com discernimento e empatia a dor e deus paciente. O atual trabalho pretende argumentar a relevância dos cuidados que serão disponibilizados as pacientes.

Após várias leituras foi identificado como as mulheres são vítimas de atrocidades e como elas se sentem frágeis e ficam caladas com todo abuso e principalmente quando são atendidas de forma descuidada. A forma como mulheres são recebidas deve ser observada, pois de acordo com o atendimento a vítima irá sentir-se segura em uma rede que ela veja o apoio, a proteção e o cuidado. Enfermeiros devem estar capacitados agir em situações como esta.

Uma das maiores dificuldades é a própria vítima, por medo muitas delas mantem o silêncio, e mesmo assim é observado que a vítima sofreu alguma violência, por conta de todos os sinais e/ou sintomas. A seguinte questão é, como o enfermeiro irá desenvolver uma assistência adequada para essa mulher vítima de violência sexual? Através da sua capacitação, o enfermeiro deve sentir-se pronto para aquela vítima, com questionamentos que fará com que sua cliente esteja ciente que está segura e que irá receber o melhor cuidado, principalmente sua proteção.

Principal objetivo deste trabalho é compreender como os profissionais estão lidando com o atendimento as mulheres vítimas, a demanda, o que é feito na assistência de cada uma. E saber dos mesmos sobre o entendimento que tem sobre esse assunto, mediante o que Ministério da Saúde aborda sobre. Apresentar a importância de tal tema para estudantes da área, para que conheçam a importância de uma assistência humanizada, abordar o tema para que dominem sobre o conhecimento que muitas vezes não é abordado no decorrer das aulas, surgindo dificuldades para o Enfermeiro.

Classificar as dificuldades que são enfrentadas pelos enfermeiros na assistência à mulher que é vítima de violência sexual. Detalhar para o Enfermeiro as ações que ele precisará para resolver as situações que serão colocadas sobre ele e como ele irá lidar com cada uma. O enfermeiro deve estar ciente que a segurança da vítima é a preocupação maior, por isso ele deve estar preparado para esses episódios. O enfermeiro é responsável por esse tratamento de proteção e execução que visam o bem-estar de suas pacientes.

2. VIOLÊNCIA CONTRA À MULHER E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

De acordo com Moraes et al. (2010, p.156) a enfermagem, como ciência do cuidar, vem, ao longo das últimas décadas, buscando aprofundar discussões sobre sua prática, reconhecendo que o cuidar é um processo e, dessa forma, em evolução e sujeito às mudanças que ocorrem no sistema de saúde e no modo de significância para o ser cuidado.

A enfermagem é uma das profissões que tem como principal propósito de dispor cuidado a mulher, somos os profissionais que se encontram mais próximo da vítima, no decorrer do seu atendimento, na assistência, nos postos de saúde, ou em hospitais. Em certo momento, ao longo do seu caminho, o enfermeiro pode vir a se deparar com algum tipo de circunstância, com isso partirá dele e o conhecimento que adquiriu para oferecer a assistência necessária, humanizada e assim agindo na promoção à saúde e nas diretrizes básicas.

Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que procuram os serviços com manifestações clínicas de violência, agudas ou crônicas, físicas, mentais ou por problemas sociais.

Lesões físicas agudas normalmente são oriundas de agressões causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras e, os casos mais graves são os que apresentam faturas nos ossos da face, costelas, mãos, braços ou pernas. As manifestações clínicas crônicas podem ser decorrentes de agressões sexuais que podem causar doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada. Podem surgir posteriormente à agressão e devem ser objeto de atenção durante a realização dos cuidados prestados (FERRAZ et.al apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.757).

Para Machado et.al (2020), “A Política Nacional de Enfrentamento da violência contra a mulher propõe um trabalho articulado em rede, para superar a desarticulação dos diferentes níveis de atenção no combate à violência contra a mulher”. Os profissionais de enfermagem devem estar atentos no atendimento às vítimas de violência. O atendimento às mulheres deve ser realizado, dentro de um conceito de compreensão em saúde, que seja benéfico para a construção social. De certa forma, a maneira que o acolhimento é feito potencializa denúncias, retira mulheres de uma condição de vulnerabilidade e efetiva leis de proteção a mulheres. Aguiar et.al. (2013) já revelava que:

“A assistência de enfermagem às vítimas de violência doméstica deve ser planejada para promover a segurança, o acolhimento, o respeito e a satisfação das usuárias em suas necessidades individuais e coletivas. Refletir sobre o seu planejamento, pautado nos instrumentos básicos da enfermagem, das políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros.”

2.1 Dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem

Sabemos que o acolhimento é a causa principal para uma assistência humanizada e individualizada, por isso é essencial para que o estabelecimento tenha com empatia além disso possua uma conexão para com as vítimas. É importante que transmita auxílio com sua dor e angústia, e definir uma ligação de compreensão com a mulher, ou melhor, uma resposta afetiva vicária e afetiva adequada.

Amparar mulheres que passaram por violência sexual abre-se um leque de sentimentos referentes a experiências profissionais, visto que impossibilita que o enfermeiro se dedique aquilo que estava fazendo anteriormente e passa a prestar um atendimento exclusivo para a vítima, sabendo que não haverá tempo apto para acolher suas demais pacientes e que necessitam da mesma atenção. Pode ser que a vontade de não atender seja por conta da mudança de rotina. Outra provável causa é de não se sentir pronto para executar tal atendimento.

É perceptível que quando o ser humano não se sente confortável em alguma situação, o medo toma de conta, assim esbarrando em uma condição perigosa, desconfortável e incapaz de desempenhar naquele momento. De acordo com o site brasilecola.uol.com.br a palavra medo significa uma espécie de perturbação diante da ideia de que se está exposto a algum tipo de perigo, que pode ser real ou não. Pode-se entender ainda o medo enquanto um estado de apreensão, de atenção, esperando que algo ruim vá acontecer. As descrições em seguida apresentam o que os profissionais passam tais sensações.

“Era o que acontecia, medo da mãe ser assaltada e da filha ser violentada. Parece que todos que estavam ao nosso redor poderiam ser possíveis vítimas. Uma realidade de números tão grande.” (E7)

“Qualquer idade comove, mas quando vejo alguém da idade dos meus filhos que estão em casa, a preocupação aumenta, é difícil, tenho duas filhas e a cada momento penso nelas que estão em casa, o tempo todo, a cada dia oriento e reforço os cuidados que devem ter.” (E9)

A falta de capacitação é um fator que pode ser um atrapalho para os profissionais e a maioria não sente que está capacitado. E alguns desses profissionais sentem-se esgotados com o que são expostos todos os dias. O Ministério da Saúde oferece frequentemente capacitação técnica e oficinas de apoio aos profissionais da saúde, principalmente a equipe que atende casos de violência sexual.

É indispensável uma melhor disseminação sobre o assunto, e que mais enfermeiros tragam esse tema para si e tenham em mente um plano de ação para atender suas vítimas da melhor maneira possível. Um tema sensível como este precisa-se de mais cuidado e um atendimento humanizado, onde a vítima se sinta segura e acolhida e o profissional saiba com intervir nessas situações.

Trazer para o enfermeiro ações detalhadas que ele precisará tomar em prol da sua vítima, ele deverá saber lidar com cada circunstância e estará ciente que a segurança da vítima é o mais importante naquele momento, pois ele é o principal responsável por esse tratamento de proteção, cuidado e execução que visam o bem-estar de seus pacientes.



3. SERVICOS DE SAUDE E MULHERES VÍTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

No presente, encontram-se poucos estudos que aportam sobre esse tema na saúde coletiva, mas entre tais estudos, podemos evidenciar a pesquisa elaborada por Schraiber et al. (2000) que em seu artigo descreve que é dever dos serviços de saúde propiciar assistência e acolhimento as mulheres vítimas de violência, embora que alguns serviços não estejam voltados para tal.

O mesmo modo que Faúndes et al. (2006, p. 04) afirmam que “grande parte dos serviços de saúde não estão preparados para atender mulheres vítimas de violência sexual”, diz também que o atendimento a essas mulheres precisa ser diferenciado.

É correto que todos tenham acesso aos serviços de saúde, justamente por essa razão os profissionais devem estar aptos para receber e atender seus pacientes e agir da melhor forma para qualquer tipo de complicação que precisará atender.

A violência sexual é considerada como uma complicação de saúde pública por causa de sua longa dificuldade, ocorrendo a grande demanda de lidar com a totalidade para controle dos abalos atingidos as mulheres vítimas de violência sexual, quer sejam eles sequelas físicas, o medo, pânico, problemas em recuperar a vivência sexual e ao trabalho.

O Ministério da Saúde em seu manual (2005 ed.2. p.44) diz também que:

“É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional”.

Os sistemas de saúde não devem se negar a oferecer assistência a mulher vítima de violência sexual caso não evidencie o laudo do exame físico oferecido pelo Instituto Médico Legal (IML), essa ação é compreendida de maneira ilícita e reprovável. Caso não seja possível a mulher realizar os exames periciais no IML, os peritos realizaram o laudo através das informações contidas em prontuário médico, cabe o profissional registrarem cuidadosamente os achados encontrados através do exame físicos e medidas que foram tomadas. (BRASIL, 2005, p.17)

Segundo a Constituição Federal no art. 154 do Código Penal diz que:

“[...] são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação [...]” (BRASIL, 2005, p.17).

Da mesma forma é estabelecido no art. 103 do Código de Ética Médica que:

“[...] é vedado ao médico revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus

próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente [...]” (Brasil, 2005, p.17).

O Ministério da Saúde (2005) preconiza também aos serviços de saúde a realizarem coletas de amostras que possam diagnosticar possíveis infecções genitais e materiais para identificação do agressor, pois as unidades de saúde que possuem serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitadas para atender esses casos. Os serviços de saúde devem também utilizar um prontuário (Anexo III) que possa sistematizar informações específicas de todos os profissionais envolvidos no atendimento, evitando constrangimento sofrido a mulher ao ter que repetir sua história por mais de uma vez.

“[...] As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher” (BRASIL, 2010, p.17).

4. A EQUIPE DE SAÚDE QUALIFICADA

No decorrer do trabalho, por meio de estudos notou-se que, há uma precisão de ter uma equipe qualificada no que se refere ao tema, para que deste modo toda equipe esteja preparada para atender as necessidades de cada paciente que está nessa situação, agindo conforme o Protocolo do Ministério da Saúde. Toda e qualquer incerteza ficariam resolvidas, e existiria uma redução significativa.

Conforme Freitas et al. (2007) a educação permanente para os profissionais de saúde que atendem a mulher vítima de violência sexual possibilita uma reflexão coletiva, fortalece as relações interpessoais e estimula as ações condutas com o intuito de preparar e dar segurança para uma assistência diferenciada.

A qualificação beneficia a evolução de táticas para a assistência das mulheres em ocorrências complicadas. É importante que profissionais utilizem da mesma linguagem para que haja ordem na assistência que será prestada. Essa qualificação será passada para eles através de cursos de atualização ou capacitação, treinamento ou até mesmo durante a formação acadêmica.

Presenciamos que alguns profissionais acabam “deixando” algumas profilaxias ou alguma solicitação de exames, pela privação de conhecimento ou de fato por esquecer. Uma demonstração fundamental como a qualificação é importante e o quanto é primordial esse tema, para que a equipe esteja por dentro de ações que ela precisará tomar.

Esse tipo de contribuição é tão sério, tão delicada e deve ser apresentado, exposto para os profissionais, pois são eles que irão dirigir a situação, que estarão à frente do atendimento e terão contato com casos difíceis. Certamente, há muitas dúvidas em relação a cooperação nesses casos, sobre essa temática. E será por meio do entendimento, da didática, que esse profissional irá melhorar sua realidade.

Verificando o que de fato é indicado pelo Ministério da Saúde, além de trocas com sua equipe e traçar metas que irá ajudar suas pacientes, na assistência para essas mulheres.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe à tona o tema papel da enfermagem no atendimento a vítima de violência sexual. Torna-se importante o tema escolhido, pois tem o papel de compreender como os profissionais estão lidando com o atendimento as mulheres vítimas, a demanda, o que é feito na assistência de cada uma. E saber dos mesmos sobre o entendimento que tem sobre esse assunto, mediante o que Ministério da Saúde aborda sobre.

Nesse ponto de vista, a recente pesquisa procurou respostas para o seguinte problema: Como o enfermeiro irá desenvolver uma assistência adequada para essa mulher vítima de violência sexual? Teve como objetivo através da sua capacitação, o enfermeiro deve sentir-se pronto para aquela vítima, com questionamentos que fará com que sua cliente esteja ciente que está segura e que irá receber o melhor cuidado, principalmente sua proteção.

De tal maneira, três capítulos retrataram um pouco sobre a equipe de enfermagem, atendimentos humanizados e a equipe de saúde qualificada.

Sobre a violência contra à mulher e a equipe de enfermagem surgiu do desafio de buscas nas discussões e reconhecimento de como ela estava sendo realizada, como seria o atendimento a essas vítimas e como a equipe de enfermagem lidava com questões de violência sexual. Profissionais atentos a essas vítimas, pois o acolhimento é o fator primordial para um bom atendimento, atendimento mais humano e responsável.

Em relação as dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem, a discussão propõe que a falta de capacitação é um fator que pode ser um atrapalho para os profissionais e a maioria não se sente capacitado sobre o tema, sem contar que alguns profissionais se sentem esgotados com o que é exposto. Com isso o Ministério da Saúde oferece oficinas de apoio para profissionais que lidam diretamente com vítimas de violência sexual.

A respeito da equipe de saúde qualificada torna-se importante salientar que é de suma importância a qualificação dessas equipes durante o trabalho, do atendimento das mulheres que são vítimas de violência sexual. A qualificação beneficia a evolução das táticas que são aplicadas durante as ocorrências, para que seja uma forma de sanar as dúvidas dos profissionais e assim trazer o atendimento que a vítima precisa, onde ela venha se sentir acolhida e segura.

Mediante ao estudo realizado, as demonstrações que foram expostas aqui sobre o tema conseguem proporcionar as tomadas de providencias por parte dos gestores das organizações, deve-se conhecer afundo o trabalho para realização de decisões. As ideias exploradas na fundamentação teórica desta pesquisa bibliográfica tornam-se plausível comunicar que objetivos específicos e geral foram atingidos.

Por mais que tenham ficado visível os direitos que o papel da enfermagem no atendimento a vítima de violência sexual pode possibilitar às organizações, por meio deste estudo bibliográfico, é capaz de desenvolver em novos estudos que proporcionem suas aplicações.

Referências

AMARAL, Alvarina. **Elaboração de um protocolo de atendimento às mulheres vítimas de violência** no município de Ouro Preto/MG. Ano 2014. 42 folhas. Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Ouro Preto/ MG. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, Rio de Janeiro, mai, 2013. p.889-898.

CORREA MEC, LABRONICI LM, TRIGUEIRO TH. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Rev Latino-Am Enfermagem** 2009;17(3):289-94. DOI:10.1590/S0104-11692009000300002

FAÚNDES Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira Ginecológica e obstétrica**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.126-35, 2006.

HIGA R, MONDACA AA, DEL CARMEN ALVAREZ A, REIS MJ, LOPES MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2008;42(2):377-82. DOI:10.1590/S0080-62342008000200023

PAIXÃO, Leonardo Augusto Bacellar de Novaes. **Assistência de enfermagem à mulher vítima de violência**. Ano. 2014. 31 folhas. Monografia (graduação) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014. Universidade de Brasília-UNB. 2014.

CAPÍTULO 18

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PACIENTE SUBMETIDO AO EXAME DE VIDEOCOLONOSCOPIA

NURSING ASSISTANCE IN THE CARE OF THE PATIENT SUBMITTED TO BE VIDEOCOLONOSCOPY EXAM

Michele Costa Gusmão¹

Maxwell do Nascimento Silva²

Shyrle Cristina Pereira¹

Alessandra Alves¹

Kesya Gislaynne Cardoso Sousa¹

1 Graduanda em enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

2 Enfermeiro especialista em saúde da família, pós-graduado em saúde mental e gestão dos serviços de saúde, Preceptor da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

Resumo

Atualmente, o uso da videocolonosopia é considerado o padrão-ouro mundialmente na prevenção do câncer colorretal. Neoplasia, apontada como o terceiro tipo mais frequentes entre homens e o segundo entre mulheres, no Brasil, além de ser a maior causa de morte ocasionada por câncer no mundo. Os procedimentos endoscópicos possibilitam o diagnóstico e rastreamento dos pólipos, crescimento desordenado das células do tecido, ainda na fase benigna promovendo a interrupção de adenoma-câncer e diminuído a incidência de processos cancerígenos colorretais. Desse modo, justifica-se o tema por compreender que o enfermeiro deve conhecer sobre a educação em saúde, que reflete diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes submetidos a videocolonosopia. Desse modo, é responsabilidade do enfermeiro esclarecer ao paciente o propósito do procedimento, como é feito o exame, quais os possíveis riscos e complicações, os benefícios e desconfortos, além das etapas do preparo intestinal, medicamentos e dieta adequada. O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente. Os objetivos específicos foram dispostos em: discorrer sobre a segurança do paciente; descrever a importância do exame de videocolonosopia e como este pode contribuir no diagnóstico de inúmeras doenças; identificar ações da equipe de enfermagem que contribua para o preparo do paciente e minimizar riscos no exame de videocolonosopia, bem como quanto às orientações ao paciente e na promoção das boas práticas nos serviços de videocolonosopia. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: paciente; videocolonosopia; enfermagem. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 5 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto.

Palavras-chave: Videocolonosopia, Enfermagem, Benefícios.

Abstract

Currently, the use of videocolonoscopy is considered the gold standard worldwide in the prevention of colorectal cancer. Neoplasm, identified as the third most frequent type among men and the second among women, in Brazil, in addition to being the largest cause of death caused by cancer in the world. Endoscopic procedures allow the diagnosis and tracking of polyps, disordered growth of tissue cells, even in the benign phase, promoting the interruption of adenoma-cancer and decreasing the incidence of colorectal cancer processes. Thus, the theme is justified by understanding that nurses should know about health education, which directly reflects the quality of care provided to patients undergoing videocolonoscopy. Thus, it is the nurse's responsibility to explain to the patient the purpose of the procedure, how the exam is performed, what are the possible risks and complications, the benefits and discomforts, in addition to the steps of bowel preparation, medication and adequate diet. The general objective of the study was to discuss the importance of the nursing professional in patient care. The specific objectives were arranged in: discussing patient safety; describe the importance of the videocolonoscopy exam and how it can contribute to the diagnosis of numerous diseases; to identify actions of the nursing team that contribute to the preparation of the patient and minimize risks in the video colonoscopy exam, as well as regarding patient guidelines and the promotion of good practices in video colonoscopy services. This was a literature review, with a search for studies in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, by crossing the descriptors: patient; videocolonoscopy; nursing. For the inclusion of



studies, we looked for those with publications from the last 5 years, in Portuguese, in full and that matched the proposed theme, and as an exclusion criterion, articles that were in another language and incomplete.

Keywords: Videocolonoscopy, Nursing, Benefits.

1. INTRODUÇÃO

As ações do enfermeiro são mediadas por uma prática clínica que tem como base o cuidado, compreendido como a essência do “fazer” da enfermagem. Essa prática, desenvolvida com competências e habilidades técnicas e cognitivas, é amparada pelo saber científico voltado ao desempenho de ações que visam à satisfação das necessidades de saúde-doença do indivíduo. Esse profissional atua em diversos segmentos nos cuidados ao paciente, isso inclui a videocolonosopia.

A videocolonosopia é um procedimento invasivo que possibilita ao profissional da saúde a visualização da mucosa do cólon e íleo terminal. É um método que permite a investigação e tratamento eficiente de doenças colorretais, sendo de custo elevado, dependente de sedação e da orientação da enfermagem ao paciente para um bom preparo intestinal, através de medicamentos e dieta específica, que possibilitará a eficácia do exame e evitará a sua repetição.

Atualmente, o uso da videocolonosopia é considerado o padrão-ouro mundialmente na prevenção do câncer colorretal. Neoplasia, apontada como o terceiro tipo mais frequentes entre homens e o segundo entre mulheres, no Brasil, além de ser a maior causa de morte ocasionada por câncer no mundo. Os procedimentos endoscópicos possibilitam o diagnóstico e rastreamento dos pólipos, crescimento desordenado das células do tecido, ainda na fase benigna promovendo a interrupção de adenoma-câncer e diminuído a incidência de processos cancerígenos colorretais.

Desse modo, justifica-se o tema por compreender que o enfermeiro deve conhecer sobre a educação em saúde, que reflete diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes submetidos a videocolonosopia. Desse modo, é responsabilidade do enfermeiro esclarecer ao paciente o propósito do procedimento, como é feito o exame, quais os possíveis riscos e complicações, os benefícios e desconfortos, além das etapas do preparo intestinal, medicamentos e dieta adequada. Diante do exposto, emergiu a questão norteadora: quais as ações da equipe de enfermagem que contribuem para o preparo e atenção ao paciente submetido a videocolonosopia, de modo a amenizar erros e risco e otimizar a assistência ao paciente?

O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente. Os objetivos específicos foram dispostos em: discorrer sobre a segurança do paciente; descrever a importância do exame de videocolonosopia e como este pode contribuir no diagnóstico de inúmeras doenças; identificar ações da equipe de enfermagem que contribua para o preparo do paciente e minimizar riscos no exame de videocolonosopia, bem como quanto às orientações ao paciente e na promoção das boas práticas nos serviços de videocolonosopia.

Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: paciente; videocolonosopia; enfermagem. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 5 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Sendo assim, encontrou-se 50 estudos, onde 13 foram excluídos por não condizem com o tema proposto e utilizou-se 37 para compor o estudo.

2. PROGRAMAS E PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Na primeira década do século XXI, apesar dos avanços da medicina e do tratamento de doenças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) verificou que o próprio sistema de saúde é agora considerado uma das principais causas de doenças, mortes e custos adicionais devido a erros, infecções, efeitos nocivos de drogas, subutilização de medicamentos, intervenções e a prestação de cuidados inadequados ou desnecessários (OMS, 2009).

Por outro lado, deve-se destacar que da evolução do sistema de saúde também tem sido acompanhada por uma heterogeneidade que aumenta os riscos de imprevisíveis de incidentes ou acidentes ou acidentes operacionais em ambientes de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. Em média, um em cada dez pacientes hospitalares sofre danos evitáveis que podem levar a incapacidades graves ou mesmo à morte (SILVA *et al.*, 2018).

Esses eventos, gerando custos altos para serviços de saúde, assim como prejuízos a saúde e segurança dos pacientes levaram ao desenvolvimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) da campanha *Safe Surgery Saves Lives* (Cirurgia Segura Salva Vidas) e lançamento do *guideline* da campanha, sendo sua versão traduzida para o português publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2010 (GUTIERRES *et al.*, 2020).

A partir de então, em vários países, a segurança do paciente e a ocorrência de EA na prestação de saúde os cuidados tornaram-se as principais preocupações tanto para as políticas como para a prática de cuidados de saúde. Especialmente pelo fato desses eventos aumentam o tempo de internação, os custos do tratamento (custo de exames complementares, medicações, pessoal, cuidados, etc.) e até a morbimortalidade (PAIVA *et al.*, 2016).

Apesar do desenvolvimento considerável da técnica cirúrgica e da anestesia, e do uso de antibióticos profiláticos, as unidades de cirurgia são os principais fornecedores de patologia iatrogênica, onde é favorecida por vários fatores, incluindo o recebimento de pacientes graves, a multiplicação de intervenientes (anestesiistas, cirurgiões, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, etc.) e o recurso cirúrgico invasivo ou técnicas de anestesia, reanimação, monitorização, investigação e tratamento, como instalação de drenos, cateteres centrais, intubação traqueal, etc (MOURA; MENDES, 2012).

São sobretudo as complicações de técnicas invasivas e infecções nosocomiais que têm sido notificadas em cuidados intensivos e isto conduz mais frequentemente e espe-

cialmente em casos graves à hospitalização em UTIs que geram implicações financeiras que são significativamente vinculadas à permanência, cuidado e mortalidade (BOHOMOL; TARTALI, 2013).

A segurança do paciente, vista como um meio de proteção contra lesões ou danos acidentais, tem sido um tema que recebeu muita cobertura da mídia nos últimos anos. Os EAs são situações que se desviam dos procedimentos ou resultados esperados em uma situação usual e que é, ou seria, potencialmente, uma fonte de dano (disfunção, incidente, acidente) e que tem ligação com cuidados preventivos, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes em ambientes de assistência à saúde (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

A ocorrência de um EA grave não significa, necessariamente, que tenha sido cometido um erro durante o manejo do paciente, seja no estabelecimento onde ele está internado ou a montante, pode ocorrer mesmo que o paciente tenha sido devidamente cuidado. Uma proporção significativa de EAs graves resulta de riscos aos quais o paciente está exposto no contexto de um tratamento otimizado. Nem todos são, portanto, atribuíveis a um comportamento incorreto. É por esta razão que apenas alguns EAs podem ser caracterizados como evitáveis (MOURA; MENDES 2012).

Um EA evitável é definido como aquele que não teria ocorrido se o cuidado tivesse sido consistente com o manejo considerado satisfatório no momento de sua ocorrência. Nessa hipótese, diversos fatores podem ser a causa do EA, como uma complicação, uma omissão, um erro de tratamento ou um erro do paciente (NOVARETTI *et al.*, 2014).

Alguns exemplos de EAs são: o erro de medicação, overdose de medicamento, administração de medicamento pela via errada, infecção durante a transfusão, uso de ferramenta não esterilizada, quedas, uso de gás anestésico em vez de oxigênio, intervenção no membro errado, desfibrilador inoperante, troca de amostras no laboratório, resultados de um exame colocado em prontuário errado nos arquivos, lesão durante a transferência de um paciente para a mesa de radiologia, queimaduras, etc. (DUARTE *et al.*, 2015).

O caráter evitável é avaliado a partir de uma ponderação precisa da situação clínica do paciente e das condições de seu manejo pelo sistema de atenção. Dentre os critérios examinados, a relação benefício / risco que dá origem às decisões de cuidado é objeto de uma análise especial (DUARTE *et al.*, 2015).

O risco corresponde a um evento que ocorre por acaso, qualificado como aleatório, que não poderia ser previsto e, portanto, nada poderia ser feito para impedi-lo. É, por exemplo: a anestesia que causa coma, o exame colonoscópico que envolve uma perfuração do intestino, a cirurgia de catarata causando cegueira ou a extração de um dente do siso que causa paralisia (MOREIRA, 2018).

O risco terapêutico refere-se a um acidente ocorrido a um paciente e resultante de um procedimento de cuidado, sem qualquer culpa por parte do praticante. É lesão corporal sem culpa. Pode ser dano resultante de um acidente médico, uma condição iatrogênica ou uma infecção nosocomial. Representa também a constatação da impotência da intervenção médica face a um risco incontrolável no estado dos dados adquiridos da ciência no momento do tratamento. É esta parte do risco que envolve inevitavelmente

um tratamento médico, cirúrgico ou farmacêutico legítimo e devidamente conduzido, cuja concretização conduz à não cura ou a efeitos adversos (BRASIL, 2014).

A avaliação da qualidade do cuidado é definida como uma atividade formal e sistêmica que visa identificar problemas na prestação do cuidado. A identificação de riscos iatrogênicos tornou-se a pedra angular de qualquer Programa de Segurança do Paciente. Reduzir esses riscos é um dos objetivos associados à RDC Nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências (GUTIERRES, 2019).

Além de destacar a necessidade de colocar a segurança do paciente como uma prioridade para as autoridades médicas, os protocolos de segurança focam suas recomendações sobre a promoção da cultura de segurança no ambiente hospitalar. O conceito de uma cultura de segurança envolve o conjunto de características e atitudes que, nas organizações e entre os indivíduos, garantem que as questões de segurança recebam, como prioridade, a atenção que merecem pela sua importância (BONATELLI, 2019).

A ideia subjacente deve assegurar que todas as tarefas importantes para a segurança sejam realizadas corretamente, diligentemente, de uma maneira reflexiva, de uma forma informada, com base no bom senso e com o devido cuidado ao senso de responsabilidade exigido e aos protocolos estabelecidos (MOREIRA, 2018). A sala de cirurgia representa um dos ambientes de saúde com os maiores níveis de risco clínico e relacionado à segurança do paciente. Entre os riscos que correm estão os relacionados com a comunicação, a identificação do paciente certo e do local certo, o risco de infecção e de retenção do material no sítio cirúrgico (GLANZNER; HOFFMANN, 2019).

O enfermeiro desempenha um papel significativo na promoção da segurança do paciente durante procedimentos, observando, monitorando e gerenciando ameaças potenciais dentro e ao redor do campo cirúrgico. Seu trabalho requer movimento constante para diferentes partes do centro cirúrgico para apoiar os membros da equipe.

3. VIDEOCOLONOSCOPIA

A colonoscopia óptica (CO) é atualmente o exame primário de escolha para o diagnóstico de doenças do cólon e é um excelente método para rastreamento e monitoramento de cânceres colorretais (CCRs). CCR é a terceira principal causa de câncer e a segunda principal causa de morte por câncer na América do Norte e na Europa Ocidental (ANDRADE *et al.*, 2017).

O câncer, também conhecido como neoplasia maligna, corresponde a um problema de saúde pública mundial, sendo definido pelo crescimento celular atípico, descoordenado e sem finalidade útil ao organismo, que ocorre pela interação de fatores internos ou genéticos, e externos que estão relacionados aos hábitos e estilos de vida (GARCIA *et al.*, 2015).

Dessa forma, a neoplasia apresenta-se como uma das principais causas de morte em todo o mundo, no qual encontra-se como a segunda principal Doença Crônica Não Trans-

missível (DCNT), apesar do crescente investimento na implantação de políticas públicas e programas de saúde voltados para a prevenção e diagnóstico precoce (MOREIRA, 2018).

De acordo com BARROS *et al.*, (2019), das diversas causas de morbidade e mortalidade no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente, sendo responsável por uma em cada dez mortes em países em desenvolvimento.

Segundo o INCA (2017), no Brasil estimam-se para o biênio 2018-2019 cerca de 420 mil casos novos de câncer, exceto câncer de pele não melanoma. Entre os diferentes tipos de câncer, bem como suas variações entre os sexos, presumem-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres, que corresponde um risco de 16,83/100 mil homens e 17,90/100 mil mulheres. Quanto ao câncer de colo de útero, a estimativa é de 16.370 casos novos, com um risco de 15,43/100 mil mulheres (TURRINI *et al.*, 2017).

E para o câncer de bexiga, 6.690 casos novos para homens e 2.790 para mulheres, o que equivale 6,43/100 mil homens e 2,63/100 mil mulheres. No Maranhão, esperam-se 330 casos novos de câncer de cólon e reto, 1.090 de câncer de colo de útero e 90 de câncer de bexiga. E no município de São Luís, estimam-se 140 casos novos de câncer de cólon e reto, 240 de câncer de colo de útero e 30 de câncer de bexiga (TURRINI *et al.*, 2017).

Ressalta-se que o câncer é uma patologia crônico-degenerativa e que estabelece uma rápida evolução no organismo, principalmente quando não detectado em seus estágios iniciais. Além disso, afeta inúmeras questões físicas, sociais e emocionais, por ser visto como sofrimento e até mesmo como morte. Com o avanço da doença, o paciente poderá sofrer com sintomas agressivos ao organismo, visto que são naturais da patologia bem como do tratamento. Destacam-se entre essas manifestações clínicas debilitantes: dor, perda de peso, alterações anatômicas (nódulos), queda de cabelo, dentre outros (TURRINI *et al.*, 2017).

Ainda sobre o diagnóstico do câncer em estágios avançados, destaca-se que nesses casos serão necessários cuidados e tratamentos especializados, podendo resultar na confecção de uma estomia como parte do tratamento cirúrgico (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016). Assim, o diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, em que não se possui mais nenhuma perspectiva de cura.

É relevante realçar que, quando o paciente se encontra em estágio terminal, o cuidado deixa de ter como finalidade a preservação da vida, passando a ter como premissa o cuidado paliativo, em que tornam-se imperativas a maximização do conforto em sentido amplo e a preservação da dignidade desse ser (TRAJANO, 2017).

3.1 Câncer colorretal

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia que acomete os segmentos do intestino grosso (cólon, reto e ânus). Essa é a neoplasia maligna mais comum do aparelho digestivo. Atualmente é considerado um problema de saúde pública mundial sendo o terceiro tipo de câncer mais comum a nível global e o segundo tipo de câncer mais comum nos países ocidentais (MORAES, *et al.*, 2020).

O CCR acomete cerca de um milhão de pessoas a cada ano no mundo, sendo o quarto tumor mais incidente nos homens, logo atrás do câncer de pulmão, próstata e estômago, e o terceiro nas mulheres, após mama e colo do útero (MIRANDA; GARCEZ; ROCHA, 2019).

Do ponto de vista do número de óbitos por câncer, o CCR é a quarta causa de óbito por câncer no mundo. No Brasil, levando-se em consideração as mortes relacionadas ao câncer por regiões, no Sul e Sudeste esse tipo de neoplasia aparece como a terceira causa de morte por câncer (MIRANDA; GARCEZ; ROCHA, 2019).

Com relação a história natural dessa neoplasia, ocorrem alterações celulares da mucosa intestinal apresentando lesões inflamatórias inespecíficas, que dependendo da agressão, levará ao desenvolvimento de displasias, nas quais podem evoluir desde um grau leve a intenso, e finalmente, para o carcinoma *in situ* (KOTAKA; PADULA, 2020).

Além disso, muitos tumores colorretais malignos progridem, isto é, transformam-se, a partir de adenomas benignos existentes nas camadas mucosa e submucosa do intestino. Desse modo, quando não tratado em sua fase inicial, a afecção estende-se para outros órgãos por meio dos linfonodos mesentéricos ou da veia porta, atingindo o fígado (SOARES, 2010, p. 786).

Dentre os fatores ambientais, destacam-se o hábito alimentar, que realizado de forma inadequada propicia o desenvolvimento do CCR, assim como sua associação à obesidade. Em contrapartida, uma dieta rica em frutas, verduras, cereais e peixes, associada à prática de atividade física reduz o desenvolvimento da doença (SOARES, 2010).

De acordo com Soares (2010), o CCR geralmente é assintomático, porém, devem ser valorizados e investigados os sinais e sintomas como: alteração do hábito intestinal, dor abdominal, sangue oculto e alterações nas fezes. Outras manifestações orgânicas, também devem ser pesquisados: presença de muco nas fezes, dor no baixo ventre, anemia, queda do estado geral, tumor abdominal palpável, obstrução intestinal aguda, fístulas colônicas e peritonite fecal por perfuração intestinal pois, fazem parte do quadro clínico da doença.

Essa neoplasia costuma ter bom prognóstico quando diagnosticada em estágios iniciais, contudo, sua apresentação clínica mais comum em pacientes admitidos em situação de emergência é a obstrução. Calcula-se que cerca de 10 a 19% dos pacientes com CCR irão apresentar obstrução em algum momento da evolução natural da doença. Outra condição agravante é a perfuração, que pode ocorrer em 3% a 8% dos casos, por apresentar maior morbimortalidade pós-operatória do que a obstrução colônica no entanto, as taxas de sobrevida em relação ao CCR são semelhantes em ambas as situações (ROSCANI,

2015).

Em casos de cirurgias de urgência, a técnica mais utilizada para CCR é a cirurgia de Hartmann, por ser uma técnica segura, principalmente para pacientes com risco cirúrgico elevado. Entretanto, este procedimento acarreta diversos problemas tanto de ordem psicossocial quanto de cuidados relacionados à colostomia (ROSCANI, 2015).

Portanto, dentre as medidas preventivas para o rastreamento do CCR estão a pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) de alta sensibilidade (Hemoccult SENSE, Imunoquímico e DNA fecal), Retossigmoidoscopia Flexível isolada ou associada à PSOF, Enema opaco de duplo contraste, Colonoscopia e Colonografia por Tomografia Computadorizada (PORCARI, *et al.*, 2020).

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2010 as taxas de incidência variaram em dependendo da região avaliada, sendo maiores do que nas regiões Sul e Sudeste, onde foram observadas incidências. Em outras regiões do país, o índice é inferior a. A cada ano, uma média de pessoas no mundo, 100 mil pessoas são diagnosticadas com CCR, e metade delas morrem da doença. O rastreamento e vigilância do CCR justifica-se por sua alta incidência e visa à redução da mortalidade (BRASIL, 2017).

Sua prevenção está intimamente relacionada à detecção precoce de lesões pré-cancerosas, adenomas. Sua origem, bem descrita, envolve a sequência do adenocarcinoma. Graças a esses estudos, pode-se determinar que a degeneração de um tecido normal até que ocorra o aparecimento do câncer é o resultado do acúmulo de mutações genéticas, com mudança de tempo de progressão, com média de 10 anos (LIMA *et al.*, 2021).

A taxa de sobrevida em 5 anos, quando câncer é encontrado em estágio local, é de 90%, diminuindo para 68% se houver envolvimento de 1087 linfonodos e 10% se houver metástase à distância. As opções de triagem do podem ser classificadas em duas categorias: teste de detecção de CCR de baixa sensibilidade para pólipos (sangue oculto nas fezes-FOBT, imuno-histoquímica de fezes - DNA de fezes) e testes que detectam pólipos e cânceres fornecem imagens dessas lesões (Flexoscópio, CO e tomografia computadorizada CTC) (LIMA *et al.*, 2021).

O CO e o CTC são testes que fornecem uma avaliação mais precisa de todo o cólon. O CO é amplamente aceito como padrão para detecção de CCR e tem a vantagem de remover adenomas no mesmo procedimento. Além disso, todos os outros procedimentos de triagem exigirão CO para confirmar o diagnóstico em caso de resultado positivo. No entanto, o nível de aceitabilidade de pacientes ainda é baixo, não sem riscos graves, e a revisão de pode estar incompleta.

3.2 Videocolonoscopia

A videocolonoscopia ou simplesmente colonoscopia é um exame invasivo que possibilita ao médico o rastreamento e diagnóstico de inúmeras doenças intestinais, através da análise de todo intestino grosso (cólon) e parte do intestino delgado até a porção do íleo Terminal (ceco) (GUTIERRES *et al.*, 2020).

Esse exame, utiliza a tecnologia vídeo, daí o termo comumente usual na clínica videocolonosopia, sendo o seu principal objetivo rastrear pólipos, tumores em estágio precoce, inflamações, úlceras e outras alterações no órgão, sendo utilizado o colonoscópio, um aparelho tubular flexível e maleável com uma fonte de luz e uma câmera de vídeo em sua extremidade (GUTIERRES *et al.*, 2020).

A câmera do aparelho, capta as imagens e transmite a tela de computador, onde o médico visualiza a mucosa intestinal, como pode ser observado na figura abaixo (MILKE; WELFER, 2019).

A videocolonosopia também pode ser utilizada como método terapêutico contra certos problemas gastrointestinais. O colonoscópio possui instrumentos no seu interior capazes de apertar uma parte do tecido e interromper hemorragias ou remover pólipos para uma biópsia, por exemplo (GUTIERRES *et al.*, 2020).

A prática de remoção de pólipos durante a videocolonosopia é frequentemente usada, pois é eficiente no diagnóstico de câncer colorretal para reduzir a incidência dessa neoplasia. Os pólipos são retirados e enviados para laboratório clínico, onde será realizado o exame patológico e investigação de células cancerígenas (SAUDE BEMESTAR, 2021).

Inicialmente, os pólipos e cânceres em estágio prematuro são assintomáticos, pois quando a doença apresenta células suficientes para causar sintomas e sinais de alerta já está em estágio avançado e por isso, costuma estar associada a um pior prognóstico. Além do seu uso diagnóstico e rastreamento de pólipos, o papel terapêutico da videocolonosopia também se expande a colocação de próteses no intestino, remoção de corpos estranhos como moedas e outros objetos engolidos por crianças e tratamento de lesões e hemorragias (BONATELLI, 2019).

Há, três tipos de exames colonoscópicos, cujas suas diferenças estão na extensão percorrida, a parte do intestino em que é realizado o exame. Por conseguinte, tem-se o retossigmoidoscopia, um tipo mais simples, pois percorre uma extensão pequena de 60 cm permitindo uma análise apenas do reto e do sigmóide. O segundo exame refere-se a colonoscopia esquerda, como o nome sugere é observada a metade esquerda do intestino possibilitando ao médico gastroenterologista investigar além do reto e sigmóide, o cólon descendente.

E o terceiro tipo a colonoscopia total, uma vez que todo o intestino grosso é examinado, o que pode levar entre 15 a 60 minutos de duração, podendo ser superior caso haja procedimentos além de investigação de rotina. Para melhor compreensão das partes anatômicas por onde o colonoscopia percorrerá, observa-se a figura 3 abaixo (CREUZ, *et al.*, 2016).

Há também a colonoscopia virtual, que é diferente da colonoscopia tradicional ou videocolonosopia, pois nesse caso o exame não é invasivo, sendo realizado através de tomografia computadorizada. A colonoscopia virtual, permite a avaliação de toda a extensão do cólon e do reto em busca de lesões como pólipos intestinais e outras doenças. O exame é feito por imagem da região abdominal e pélvica de um equipamento de tomografia computadorizada, após o cólon ser insuflado com ar, sendo capturadas as imagens e processadas por um software que produz imagens 2D e 3D no computador para ser

analisadas pelo médico (SOARES, 2010).

O projeto de Lei 1088/21 implantado pelo deputado Geninho Zuliani através da alteração da Lei 11.664/08, assegura a realização de exame de videocolonosopia no Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários do sexo masculino e feminino que estejam no grupo de risco para identificação de neoplasia maligna colorretal. De acordo com o deputado Zuliani, o projeto tem como objetivo o diagnóstico em estágio inicial do câncer: "O diagnóstico de indivíduos assintomáticos, portadores de mutações que aumentam o risco de neoplasias, pode trazer grandes benefícios para os pacientes" (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021, p. 1).

Para a realização da videocolonosopia também SUS, é necessário um encaminhamento médico e aguardar na fila de espera. O Hospital da Região Leste (HRL), que atende a assistência aos usuários da rede pública de saúde do Distrito Federal, dispõe de um colonoscópio para a realização do exame. A chegada do aparelho para rede pública de Brasília garantiu maior celeridade para os usuários SUS, afirma o enfermeiro chefe do centro cirúrgico do HRL, Michael Douglas em entrevista à Secretaria de Estado de Comunicação do Distrito Federal (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021).

4. ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PACIENTE SUBMETIDO AO EXAME DE VIDEOCOLONOSCOPIA

A preparação intestinal do paciente nos dias em que antecedem os exames é de suma importância para execução adequada do procedimento e consistem na mudança da dieta, aumento da ingestão de líquidos e uso de medicamentos laxativos. Em um estudo realizado por Santos *et al.*, (2021), descrevem a consulta de Enfermagem referente a dieta preparatória do paciente e fornecimento de um folheto com todas as informações necessárias a dieta:

No primeiro dia de preparo, o paciente é orientado a ingerir líquidos, como chá, chimarrão, água, café preto, refrigerantes, água de coco e bebidas isotônicas de cor clara à vontade, e livre demanda dos seguintes sólidos: ovos cozidos; rosca de polvilho; gelatina de coloração clara; merengue; macarrão instantâneo sem o tempero e peito de frango pequeno cozido com água e sal. É reforçada a importância da ingestão hídrica durante os dias em que estiver realizando a dieta. Deve-se fazer uso de um comprimido laxativo, às 8h e às 20h, ainda no primeiro dia do preparo. No segundo dia, mantém-se a necessidade de seguir a mesma dieta do primeiro dia (SANTOS *et al.*, 2021, p. 4).

No que se refere às possíveis complicações relacionadas preparação intestinal para a colonoscopia, tanto o jejum como às soluções de limpeza do cólon, podem desencadear alguns efeitos indesejados como desconfortos abdominais, tonturas, náuseas, vômitos e alterações hidroeletrólíticas.

As intercorrências são passíveis de acontecer e o profissional da enfermagem deve orientar o paciente e os familiares sobre os sintomas, além do repasse de informações padrão como o acompanhante de um maior de 18 anos com o paciente no dia da reali-

zação do exame, alerta sobre a sedação endovenosa para a realização do procedimento, as orientações de como o procedimento é realizado e que, após recuperar-se da sedação, terá alta para o seu domicílio (SANTOS *et al.*, 2021)

A equipe de enfermagem, direcionada pela educação em saúde e sendo os principais profissionais em contato com os pacientes nos dias que antecedem o procedimento, deve utilizar os seus conhecimentos teóricos e práticos para o cuidado e garantia do sucesso do exame de videocolonosopia. Para tanto compreender os aspectos fundamentais de farmacocinética das medicações submetidas aos pacientes e seus efeitos, todo o desenvolvimento do preparo intestinal, assistência e diálogo com o paciente é de suma importância para qualidade do exame (AMORIM *et al.*, 2020).

O enfermeiro exerce papel fundamental na atenção aos pacientes, uma vez que as orientações necessárias são individualizadas e específicas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, levando em consideração a faixa etária, a comorbidade, o grau de instrução e de dificuldade para a realização do preparo (SANTOS *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado por Amorim *et al.* (2020), os autores destacam a importância da educação em saúde para preparo intestinal de qualidade, além de ferramentas no auxílio ao paciente durante a preparação como folheto ou livreto com instruções.

De acordo com Santos *et al.*, (2021), a consulta de enfermagem é um conjunto dos conhecimentos humanos, da ciência e do conhecimento empírico cujo objetivo é a prestação de serviços de qualidade e o cuidado ao indivíduo. Ressalta-se ainda, que a alfabetização, baixa renda familiar e comorbidades, são fatores que podem dificultar a preparação do paciente, sendo necessário que o enfermeiro implemente estratégias educativas no repasse das informações com o objetivo de reduzir as possíveis intercorrências.

A equipe de enfermagem tem o papel fundamental de orientar o paciente de forma humanizada e posteriormente encaminhá-lo para sala de exames onde estará à sua espera o anestesista e o médico colonoscopista. Há algumas contraindicações do exame para pacientes com abdômen agudo perfurativo, diverticulite aguda, megacólon tóxico e obstrução intestinal. Pacientes que sofreram infarto do miocárdio e embolia pulmonar, recentemente, e mulheres em período gestacional não devem realizar o exame. Por outro lado, um histórico familiar de câncer de cólon e reto ou doenças do intestino é indicado para indivíduos acima dos 50 anos realizarem colonoscopias anualmente (NAKAO *et al.*, 2002).

Vale ressaltar, que durante a consulta da enfermagem o enfermeiro(a) transmitirá as informações quanto o uso dos medicamentos e à dieta, além de uma anamnese completa quanto às comorbidades e os hábitos de vida do paciente, podendo ocorrer a suspensão de alguns medicamentos tais como os antiagregantes plaquetários e os diuréticos (GRIGOLETO; GIMENES, 2011).

É entregue ao paciente, também, um folheto com a data de realização do procedimento e início da preparação intestinal os horários dos medicamentos com efeito laxativos e um relatório dos alimentos liberados para o consumo, sendo fundamental seguir a dieta rigorosamente (GASPAR; MORAIS, 2020).

Por fim, a assistência e atenção ao paciente durante as 72h que antecedem o exame é primordial para diminuir os erros e risco durante o procedimento, além de auxiliar na identificação de pólipos, lesões e diagnósticos precoce de doenças no trato gastrointestinal (DINIZ *et al.*, 2019).

As ações do enfermeiro são mediadas por uma prática clínica que tem como base o cuidado, compreendido como a essência do “fazer” da enfermagem. Essa prática, desenvolvida com competências e habilidades técnicas e cognitivas, é amparada pelo saber científico voltado ao desempenho de ações que visam à satisfação das necessidades de saúde-doença do indivíduo. Esse profissional atua em diversos segmentos nos cuidados ao paciente, isso inclui a videocolonosopia.

A videocolonosopia é um procedimento invasivo que possibilita ao profissional da saúde a visualização da mucosa do cólon e íleo terminal. É um método que permite a investigação e tratamento eficiente de doenças colorretais, sendo de custo elevado, dependente de sedação e da orientação da enfermagem ao paciente para um bom preparo intestinal, através de medicamentos e dieta específica, que possibilitará a eficácia do exame e evitará a sua repetição (SANTO *et al.*, 2021; DINIZ, 2019).

Atualmente, o uso da videocolonosopia é considerado o padrão-ouro mundialmente na prevenção do câncer colorretal. Neoplasia, apontada como o terceiro tipo mais frequentes entre homens e o segundo entre mulheres, no Brasil, além de ser a maior causa de morte ocasionada por câncer no mundo. Os procedimentos endoscópicos possibilitam o diagnóstico e rastreamento dos pólipos, crescimento desordenado das células do tecido, ainda na fase benigna promovendo a interrupção de adenoma-câncer e diminuído a incidência de processos cancerígenos colorretais (LIMA *et al.*, 2021).

A excelência do exame depende da técnica adequada, imagem de qualidade a partir da introdução do aparelho e habilidade teórica e prática dos profissionais habilitados para realização da videocolonosopia. A orientação e educação do paciente, na maioria das vezes feita pelo enfermeiro, é de suma importância para eficácia do método e minimizar possíveis complicações durante o preparo e realização do exame. Para tanto, as recomendações devem ser claras e precisas, possibilitando ainda, a aceitação do paciente a seguir a dieta e o uso dos medicamentos (SANTOS *et al.*, 2021).

A Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Digestiva (SOBEEG) em seu tópico legislação, dispõe sobre o regulamento do exercício de enfermagem nos serviços de endoscopia digestiva, relata que cabe a equipe de enfermagem, os cuidados com o paciente antes, durante e após a execução da videocolonosopia, além da manutenção dos instrumentos e equipamentos (COREN, 2010 *apud* SOBEEG, 2021).

O enfermeiro deve conhecer sobre a educação em saúde, que reflete diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes submetidos a videocolonosopia. Desse modo, é responsabilidade do enfermeiro esclarecer ao paciente o propósito do procedimento, como é feito o exame, quais os possíveis riscos e complicações, os benefícios e desconfortos, além das etapas do preparo intestinal, medicamentos e dieta adequada (DINIZ, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colonoscopia é um exame que permite a visualização completa da mucosa do cólon e íleo terminal. É considerado um método diagnóstico e de tratamento de doenças colorretais. Para sua realização é necessário preparo do cólon com laxantes e dieta líquida, de acordo com a prescrição médica ou protocolo institucional.

A Consulta de Enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, esta denominação foi criada em 1968 no Rio De Janeiro e é considerada a atividade final de maior importância, onde se utiliza o processo de enfermagem como método para sistematizar a assistência e estimular que os enfermeiros usem o raciocínio clínico e o pensamento crítico no cuidado e no planejamento da assistência, dando maior eficiência, objetividade, segurança e qualidade ao seu trabalho.

Desta forma, conclui-se que, a realização da Consulta de Enfermagem é necessária como processo de educação e orientação em saúde, auxiliando diretamente o paciente no preparo para realização da colonoscopia e quando não realizada tem impacto negativo na eficácia do exame de videocolonoscopia e na segurança do diagnóstico.

Referências

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. **Proposta assegura exames para rastreamento de câncer em mulheres e homens**. 56ª Legislatura - 3ª Sessão Legislativa Ordinária, Câmara dos Deputados, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/760691-proposta-assegura-exames-para-rastreamento-de-cancer-em-mulheres-e-homens/>. Acesso em 03 de set. 2021.

AMORIM, T. V.; et al., Ações de Enfermagem que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, São Paulo, v. 94, n. 32, p. 1-7, 2020.

ANDRADE, J. C. SILVA, C. M. BOTITANO, F. K., CARVALHO, F.F., & Silva Junior, L, G. Estudo para avaliar o impacto das orientações para pacientes submetidos a exame de colonoscopia. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, 3(2), 2017.

BARROS, Thais Ferreira et al.. **Perfil das notificações dos eventos adversos no ceará de 2014 a 2019**. Anais VI JOIN / Brasil - Portugal... Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <https://editora-realize.com.br/artigo/visualizar/57836>. Acesso em: 26 mai., 2022.

BOHOMOL, Elena; TARTALI, Juliana de Abreu. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400012>. Acesso em: 26 mai., 2022.

BONATELLI, A. A. B. **Proposta de um protocolo de rastreio e tratamento do câncer colorretal precoce em organizações militares de saúde do exército brasileiro**. 2019. 25 f. TCC (Curso de Pós-Graduação Lato Sensu) - Aplicações Complementares à Ciências Militares, Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019. Cap. 1. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/4951/1/MONO_BONATELLI_CFO.pdf. Acesso em: 20 mai., 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. **PARECER COREN-DF Nº 021/2010**. Obrigatoriedade da presença do Enfermeiro durante o procedimento de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e

outros procedimentos endoscópicos. Brasília, 13 jan. 2011. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/nd-0212010-obrigatoriedade-da-presenca-do-enfermeiro-durante-o-procedimento-de-endoscopia-digestiva-alta-eda-e-outros-procedimentos-endoscopicos/>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

CREUZ, D.; LYRA JÚNIOR, H. F.; VIEIRA, D. S. C.; OLIVEIRA, J. C. C.; SANTOS, J. S. Análise comparativa das indicações e achados colonoscópicos em pacientes menores e maiores de 50 anos. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 1, n. 45, p. 34-47, mar. 2016. Curso (Graduação – Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-794313>. Acesso em 12 nov. 2020.

DINIZ, T. S. R. *et al.* **Construção de folheto educativo e orientação via telefone para o preparo da colonoscopia**: estudo clínico, controlado e randomizado. 2019. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem., Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/181753>. Acesso em: 24 mai., 2022.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 1, pág. 144-154, fevereiro de 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Acesso em: 10 mai., 2022.

GARCIA, Caroline Lima *et al.*, Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre os membros da equipe de enfermagem do pronto-socorro e centro cirúrgico do hospital regional de Tucuruí-PA. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 25722581 jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-189>. Acesso em: 12 mai., 2022.

GASPAR, H.; MORAIS, V. Colonoscopia: quando a preparação se torna uma complicação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 186-193, 1 mar. 2020. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12461>. Acesso em: 24 mai., 2022.

GLANZNER, Cecília Helena; HOFFMANN, Deise Angelica. Fatores que interferem na saúde do trabalhador doente de centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista Cubana de Enfermagem**, [SI], v. 35, n. 4, dez. 2019. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3020/507> Data de acesso: 24 de maio. 2021

GRIGOLETO, Andréia Regina Lopes; GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; AVELAR, Maria do Carmo Querido. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.**, 2011; 13 (2): 347-354. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10326/9642>. Acesso em 14 mai. 2021.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira; *et al.*, **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica - 2 Vols.** 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. http://docs.bvsalud.org/%20biblioref/2017/05/833448/sobecv22n1_pt_%204251.pdf>. Acesso em 03 nov. 2021

KOTAKA, Thábata Mayumi Coriolano; PADULA, Marcele Pescuma Capeletti. Ações de Enfermagem na Segurança do Paciente Idoso no Centro Cirúrgico. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 19552-19565. nov./dez. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22207>. Acesso em 21 abr. 2021.

LIMA, J. A., MISERANI, M. P. C. L. C., COELHO, J. C. C. G. P. Frequência de adenomas serrilhados em pacientes submetidos a colonoscopia em uma unidade ambulatorial de alta demanda em Belo Horizonte. MG. **Open Journal Systems**, 5(1), 2021. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/451>. Acesso em: 20 mai., 2022.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e56945, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v37n4/0102-6933-rgeenf-1983144720160456945.pdf>. Acesso em 03 mar. 2022.

MILKE, P. G., WELFER, M. VIDEOCOLONOSCOPIA: os cuidados na visão da equipe de enfermagem. **Revista Inova Saúde**: ISSN 2317-2460, Criciúma, v. 9, n. 1, p. 34-53, jul. 2019.

MIRANDA, Shirley Aviz de; GARCEZ, Juliana Conceição Dias; ROCHA, Paula Sousa da Silva. Atuação do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**. Vol. Sup.26, e769, p. 21-32, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/769/543>. Acesso em 01 mar. 2022.

MORAES, Cladis Loren Kiefer; GUILHERME NETO, Josemar; SANTOS, Leticia Guilherme Otranto dos. A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do checklist de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do Brasil. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. e36, 2020. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/29>. Acesso em 03 mar. 2022.

MOREIRA, I.A. **Notificação de eventos adversos: o saber e o fazer de enfermeiros** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2018. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8759/5/Disserta%3%a7%3%a3o%20-%20Isadora%20Alves%20Moreira%20-%202018.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; MENDES, Walter. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, Sept. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300007>. Acesso em 09 mar. 2021.

NAKAO F.S., Araújo I.S., ORNELLAS L.C., CURY M.S., FERRARI J. A.P. Videocolonoscopia convencional e cromoscopia com índigo carmim no diagnóstico de pólipos colônicos. **Arq Gastroenterol**, V. 39 - no. 2 - jun. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032002000200004>. Acesso em 03 nov. 2020

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago; SANTOS, Edzangela de Vasconcelos; QUITERIO, Ligia Maria and DAUD-GALLOTTI, Renata Mahfuz. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2014, vol.67, n.5, pp.692-699. ISSN 00347167. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67050692.pdf>. Acesso em 12 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 15 mai., 2022.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de *et al.*, Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* set.-out. 2014;22(5):747-54. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rlae/a/C9YYVMLnbx3gFYsVBzmggLS/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Defici%C3%AAncias%20estruturais%20e%20dos%20processos,ocorr%C3%AAncia%20de%20erros\(18\)](https://www.scielo.br/j/rlae/a/C9YYVMLnbx3gFYsVBzmggLS/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Defici%C3%AAncias%20estruturais%20e%20dos%20processos,ocorr%C3%AAncia%20de%20erros(18)). Acesso em: 22 mai., 2022.

PORCARI, Thaís Aparecida *et al.*, Cirurgia segura: construção e validação de um *checklist* para procedimento cirúrgico ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**. 13º de outubro de 2020 [citado 2º de junho de 2022];41. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/108365>. Acesso em: 26 mai., 2022.

ROSCANI, Alessandra Nazareth Cainé Pereira *et al.*, Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2015, v. 28, n. 6. pp. 553-565. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500092>. Acesso em: 26 mai., 2022.

SANTOS, Sheila Mara Pereira dos; BONATO, Melissa; SILVA, Eusiene Furtado Mota. Checklist de cirurgia segura: conhecimento da equipe cirúrgica. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 4, jan. 2021. ISSN 2357-707X. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.2887>. Acesso em: 26 mai., 2022.

SAÚDE BEMESTAR.PT. **Colonoscopia**. 2021. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/gastroenterologia/colonoscopia/>. Acesso em: 02 set. 2021.

SILVA, Valdenir Almeida da *et al.*, Registro correto como segurança para o paciente e para a enfermagem: relato de experiência. **Enfermagem Brasil**, 2018;17(4);411- Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2277/3892>. Acesso em: 25 mai., 2022.

SOARES, F. R. **Colonoscopia Virtual: poderá a colonografia virtual substituir a colonoscopia no rastreamento do cancro colorectal?** 2010. 1 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, 2010.

TRAJANO, Maria de Fátima Cordeiro et al. Relações interpessoais em unidade cirúrgica na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem: um estudo exploratório. **Online braz. j. nurs. (Online)** ; 16(2): 159-169,

2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877001>. Acesso em 09 mar. 2022.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa *et al.*, Ensino de enfermagem em centro-cirúrgico: transformações da disciplina na escola de enfermagem da USP (Brasil), **Rev Esc Enferm**, 2017; 46(5):1268-1273. Checklist cirúrgico e sua importância na segurança do paciente. **Revista Vivências**, Erechim, v. 16, n. 31. p. 245-252, jul./dez. 2020. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-05092012-145456/publico//Tese_LD_completa_ma.pdf. Acesso em 12 abr., 2022.

CAPÍTULO 19

A INFLUÊNCIA DA SOBRECARGA DE TRABALHO NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

THE INFLUENCE OF WORK OVERLOAD ON MENTAL HEALTH AND THE QUALITY OF CARE PROVIDED BY NURSING PROFESSIONALS

Mariana Farias da Silva Lima¹

Matheus Lima Moreira²

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues¹

Iasmim Soares da Silva¹

Audiane Ramos da Silva¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O tema escolhido para este estudo é A influência da sobrecarga de trabalho na saúde mental e na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Tem como objetivo demonstrar como a sobrecarga de trabalho pode influenciar diretamente na saúde mental e na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. O método de pesquisa quanto aos procedimentos, trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e de abordagem qualitativa. Por meio da pesquisa, foi possível constatar que a sobrecarga de trabalho desencadeia muitos problemas, como estresse, ansiedade e síndrome de Burnout. Esses problemas causados pela sobrecarga de trabalho levam ao esgotamento destes profissionais, afetando diversos aspectos da vida pessoal, como sua saúde mental e da vida profissional, como a diminuição na qualidade do atendimento prestado a seus pacientes. Notou-se que isso pode ser explicado porque a maioria desses profissionais mostra um alto nível de insatisfação com as condições de trabalho, vivenciam com frequência situações de sofrimento, possuem grandes jornadas de trabalho, baixa remuneração e fazem tarefas a mais do que podem, o que reflete em uma maior sobrecarga de trabalho que vai impactar a saúde geral desse trabalhador e consequentemente impactar o funcionamento de toda equipe.

Palavras chave: Pandemia. Covid – 19. Linha de Frente. Enfermagem. Saúde Mental.

Abstract

The theme chosen for this study is the influence of work overload on mental health and on the quality of care provided by nursing professionals. It aims to demonstrate how work overload can directly influence mental health and the quality of care provided by nursing professionals. The research method regarding the procedures, it is a bibliographic review of exploratory character and qualitative approach. Through the research, it was possible to verify that the work overload triggers many problems, such as stress, anxiety and Burnout syndrome. These problems caused by work overload lead to the exhaustion of these professionals, affecting several aspects of their personal life, such as their mental health and professional life, such as the decrease in the quality of care provided to their patients. It was noted that this can be explained because most of these professionals show a high level of dissatisfaction with working conditions, often experience situations of suffering, have long working hours, low pay and do more tasks than they can. which reflects in a greater work overload that will impact the general health of this worker and consequently impact the functioning of the entire team.

Keywords: Work overload. Mental health. Nursing professionals.

1. INTRODUÇÃO

O local de trabalho é um ambiente que faz parte da vida das pessoas e que inevitavelmente tem uma sobrecarga que afeta a saúde mental dos profissionais. O ser humano, para promover a sua adaptação a estímulos hostis, desencadeia alterações na qualidade da prestação de seus serviços. Considerada como uma resposta às exigências externas decorrentes de pressões que excedem a capacidade das pessoas de resistir e manter o seu estado natural, esta forma de exaustão tem causado problemas fisiológicos e de gestão.

Dentro do setor da saúde, a enfermagem é um grupo muito grande com capacidade de impacto na prestação de assistência em saúde e devido a problemas do sistema de saúde, seus efeitos podem determinar como os profissionais atuam na assistência a seus pacientes. Desta forma o trabalho se destina a demonstrar que a grande carga de trabalho dos profissionais de enfermagem nos hospitais é um grande problema para o sistema de saúde. Os enfermeiros estão com cargas de trabalho mais elevadas do que nunca, devido a quatro razões principais: (1) aumento da procura de enfermeiros, (2) oferta inadequada de enfermeiros, (3) redução do pessoal e aumento das horas extraordinárias, e (4) aumento da duração do período de internação dos pacientes.

Logo, justifica-se a escolha do tema por se tratar de um assunto com extrema relevância principalmente nos dias atuais, além de buscar uma melhor compreensão entre a relação da sobrecarga de trabalho e a sua relação com a saúde mental e a qualidade na prestação da assistência dada pelos profissionais da enfermagem, reforçando o quanto é necessário cuidar da saúde física e mental dos profissionais de enfermagem e como isso vai refletir positivamente no atendimento aos pacientes.

O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a sobrecarga de trabalho e sua influência diretamente na saúde mental e na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: enfermeiro; sobrecarga; saúde mental; qualidade de vida. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 45 estudos, onde 10 foram excluídos, totalizando 35 para a amostra final deste estudo.

2. A INFLUÊNCIA DA SOBRECARGA DE TRABALHO NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Para os enfermeiros, a palavra “estresse” descreve uma mistura de situações desagradáveis e experiências pessoais interiores desagradáveis (FERRO, *et al.*, 2018). O estresse pode vir de cargas de trabalho elevadas; escassez de pessoal, que contribuem para o excesso de trabalho; e uma percepção de falta de apoio de colegas e má administração



do hospital. Mas, em relação à carga de trabalho, o estresse também pode vir de fora do local de trabalho, ou seja, a partir do lar.

Isto muitas vezes difere para mulheres e homens: as trabalhadoras tendem a ter mais stress, tanto físico como mental, do que trabalhadores do sexo masculino devido ao trabalho doméstico não-remunerado e cuidados com filhos e trabalho fora de casa. De acordo com Alves, *et al.*, (2013), trabalho de cuidado implica um processo único, físico, emocional e exigências psicológicas, sejam ou não realizado mediante pagamento.

No entanto, algumas pesquisas enfatizam o “conflito entre trabalho e casa”, em que as tensões baseadas no impacto sobre o trabalhador em casa ou “dever de casa” em conflito com o stress causado na pessoa no trabalho (QUIRINO *et al.*, 2016). De acordo com Nogueira-Martins (2013), as pessoas têm experiências que conectam seus locais de trabalho e até mesmo suas casas embora eles possam não perceber um conflito entre as exigências do trabalho remunerado e trabalho não remunerado.

Considera-se o caso de excesso de trabalho como uma causa de estresse. Os enfermeiros tendem a sentir excesso de trabalho, mas “excesso de trabalho” não é meramente um fenômeno baseado no local de trabalho, particularmente para as mulheres. As enfermeiras têm uma carga de trabalho pesada, constituída por trabalho remunerado e não remunerado, e muitas vezes sentem-se cansadas, sobrecarregadas e estressadas como resultado (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

Muitos enfermeiros fazem este trabalho não remunerado além das 9 ou 12 horas de trabalho remunerado que eles fazem em enfermarias e clínicas. Uma entrevista baseada em estudo com 24 mulheres profissionais enfermeiras em um hospital público na Província Gauteng (DIAS; FUREGATO, 2016), dividiu o tempo dos enfermeiros em sono, trabalho remunerado, trabalho não remunerado, de viagens e lazer descobriu que, em uma jornada média de trabalho, enfermeiras que fazem turno de trabalho fazem quase três horas de trabalho não remunerado em casa e enfermeiros em clínicas que trabalham a partir das 7 horas da manhã - 16h fazem mais de quatro horas de trabalho não remunerado.

Em média, os enfermeiros gastaram cerca de duas horas de deslocamento para o hospital por dia. Portanto, em dias de trabalho, o tempo de lazer é de menos de duas horas para enfermeiros em clínicas e com uma média de apenas 24 minutos para enfermeiros em turnos de 12 horas. Então, muitos enfermeiros sentem que eles estão sob pressão a todo tempo, tanto no trabalho como em casa, o que pode contribuir para os sentimentos de angústia.

2.1 Transtornos mentais em profissionais da saúde decorrentes do trabalho

2.1.1 Síndrome de Burnout

Burnout é um fenômeno psicológico comum entre os enfermeiros. Caracteriza-se por um declínio na energia física, emocional e psicológica resultante do stress relacionado

com o trabalho que leva ao cinismo em relação aos clientes e colegas e a sentimentos de baixa auto eficácia (DALRI, 2014).

Essa síndrome pode surgir devido à sobrecarga de trabalho; falta de recursos, controle e justiça; conflitos de valores; e a ausência de um sentido de comunidade e inclui 3 aspectos chave: exaustão emocional (EE): o estado de exaustão física e emocional pelo stress do trabalho, que se caracteriza por baixa energia, fadiga, depressão, desesperança e impotência.

Despersonalização (DP) o aspecto interpessoal da síndrome que se manifesta em comportamentos insensíveis, negativos para com os outros, e desprendimento de cuidados e instruções. E baixa realização pessoal (BRP): o estado de avaliação negativa de si próprio como sendo mal sucedido, incompetente e inadequado, conseqüentemente, os empregados demonstram baixos níveis de contribuição para o seu trabalho (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

De fato, o Burnout é um problema dispendioso tanto para as organizações como para os funcionários, porque as manifestações de Burnout - incluindo as reduções da energia física e psicológica, insônia, dor de cabeça, fadiga e depressão - conduzem a um aumento das taxas de absentismo e de rotatividade e, conseqüentemente, têm efeitos negativos na qualidade dos cuidados.

Assim, Queiroz e Souza (2012) explicam que sua implicação em profissionais de enfermagem tem sido amplamente estudada. Estudos examinaram a influência de diferentes variáveis no burnout como parte dos esforços orientados para a redução deste fenômeno. Níveis mais baixos dessa síndrome estão associados a características do ambiente de prática profissional, apoio social e capacitação estrutural e psicológica.

Níveis elevados estão ligados à sobrecarga de trabalho, insatisfação no emprego e rotatividade. Algumas características demográficas estão associadas a níveis elevados de burnout: "baixos níveis de educação, trabalho noturno e sexo masculino com estado civil casado" (DA SILVA *et al.*, 2019, p. 38).

Num estudo que visava investigar a influência do burnout em algumas variáveis relacionadas com o trabalho, os investigadores descobriram que o esgotamento emocional estava associado ao absentismo, intenção de partir profissão, deterioração pessoal e familiar, também, a despersonalização estava ligada à percepção de ter cometido erros (FERREIRA *et al.*, 2021). Portanto, é uma chave para reconhecer os fatores no esgotamento da enfermagem que podem afetar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os autores relataram os traços organizacionais de autonomia, controle, e a colaboração foram negativamente correlacionadas com o burnout, que por sua vez está associado negativamente com a percepção da qualidade dos cuidados, embora a confiança na gestão estivesse positivamente correlacionada com a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem (SALIMENA *et al.*, 2014).

Embora um número limitado de estudos tenha salientado a influência do burnout na qualidade de cuidados de enfermagem, foi encontrado como mediador do caminho entre algumas organizações características ou intervenções e a qualidade dos cuidados de en-

fermagem. Por exemplo, a doença desempenhou um papel de mediador na relação entre o ambiente de trabalho de enfermagem e a segurança do doente, influenciou o ambiente de trabalho de enfermagem nos resultados do trabalho e qualidade dos cuidados de enfermagem (RAMOSTOESCH *et al.*, 2020).

Com base em evidências anteriores, os fatores ambientais e as características dos enfermeiros influenciaram tanto o burnout como a qualidade dos cuidados de enfermagem e substanciaram o papel de mediação do burnout em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem (FERNANDES *et al.*, 2018a). Limitado número de estudos que demonstraram sua influência na qualidade dos cuidados de enfermagem, embora a influência do nível de stress dos trabalhadores sobre a produtividade tem sido abordada.

2.1.2 Transtornos de ansiedade

Os sintomas de ansiedade (SA) são as manifestações mais comuns de problemas de saúde mental na população em geral, incluindo profissionais de saúde, tais como enfermeiros. A ansiedade é uma sensação de medo intenso e indeterminado, seguido de perturbações físicas e neuro-cognitivas devido a estímulos do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), incluindo não só palpitações e suores, mas também perturbações do sono, fobias ou sintomas depressivos (DOS SANTOS; RODRIGUEZ, 2015).

Os sintomas de ansiedade no ambiente de trabalho podem ter um efeito negativo na vida pessoal, social e profissional do empregado e podem resultar em alterações comportamentais associadas à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, bem como nas relações interprofissionais e interpessoais. A satisfação do trabalhador pela interação profissional reflete o grau de sentimentos positivos sobre contatos sociais e profissionais formais e informais no contexto do trabalho de cuidados de saúde e subsequentemente um indicador da qualidade da comunicação e colaboração entre enfermeiros e médicos, bem como entre enfermeiros (FERNANDES *et al.*, 2018a).

Contudo, existem poucos dados sobre a prevalência de SA entre os enfermeiros, bem como qualquer associação com a qualidade da interação entre profissionais de saúde e seus pacientes. Ao mesmo tempo, os dados da investigação revelam que a exposição repetitiva dos médicos e enfermeiros à morte, tal como acontece nos enfermeiros de oncologia, por exemplo, uma vez que cuidam de pacientes moribundos e das suas famílias, torna os indivíduos conscientes da sua própria mortalidade e contribui para o aumento dos níveis de ansiedade de morte e sintomas depressivos (LAI *et al.*, 2020).

Souza *et al.*, (2019b) explicam que ansiedade se refere a reações de fobia a pensamentos ou temas relacionados com a morte, preocupações exacerbadas e juntamente com sintomas depressivos, tais como distúrbios cognitivos ou irritabilidade são problemas de saúde mental frequentemente associados a sintomas gerais de ansiedade.

A compreensão do grau de sintomas de problemas de saúde mental, incluindo a ansiedade, em enfermeiros e possíveis determinantes pode ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados ao paciente e a prevenir a rotação do pessoal (SWIGER *et al.*, 2016). Além disso, há provas de que a prevalência da ansiedade e dos sintomas depressivos tem au-

mentado devido à crise financeira e às subseqüentes medidas rigorosas de austeridade (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

Além disso, são diversos os efeitos negativos nas condições de trabalho no setor dos cuidados de saúde, implicando um impacto adverso no bem-estar psicológico dos funcionários, incluindo enfermeiros. Estas condições particulares dentro do sistema de saúde fornecem provas sobre a associação entre a gravidade dos sintomas de problemas de saúde mental e a percepção da qualidade da interação profissional entre profissionais em ambientes de saúde, bem como variáveis de carga de trabalho (DIAS; FUREGATO, 2016).

Em comparação com outras especialidades de enfermagem, um estudo entre enfermeiros de cuidados intensivos revelou que cerca de 25% deles declararam ter tido um sintoma de ansiedade clínico, enquanto que um estudo numa amostra de 1437 enfermeiros hospitalares na China mostrou que quase um em cada dois empregados declara um SA clínico, o que também foi apoiado por um estudo em enfermeiros hospitalares iranianos (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

O grau moderado de SA no local de trabalho foi também relatado em enfermeiros de cuidados intensivos pediátricos. As diferenças no ambiente social e de trabalho em termos de cultura e educação podem explicar as discrepâncias entre os dados acima mencionados, bem como as diferenças nas populações estudadas, taxas de resposta e instrumentos para a avaliação de SA utilizados (COUTO *et al.*, 2021).

A fraca associação positiva aqui relatada entre a experiência de trabalho foi também observada num estudo entre enfermeiros hospitalares. No entanto, foram relatados níveis mais elevados de SA em enfermeiros mais jovens, o que pode indicar uma experiência de trabalho mais curta. Além disso, foi demonstrado que os sintomas de ansiedade de morte em enfermeiros, incluindo enfermeiros de oncologia, são mais frequentes em enfermeiros mais jovens e menos experientes (PEDROSO, 2020).

Em relação às variáveis relacionadas com o trabalho, os dados mostram uma associação positiva entre o grau de SA e o trabalho o tempo inteiro, bem como a falta de qualificação de pós-graduação. No presente estudo não houve associação entre a gravidade do SA e a educação ou o padrão de trabalho, com exceção do tipo de turno de trabalho, uma vez que os enfermeiros após o programa de rotação reportaram a presença de SA em comparação com os do turno da manhã (RAMOSTOESCH *et al.*, 2020).

Além disso, uma relação positiva entre o grau de SA e a carga de trabalho, tal como é refletida pelo número de macas na ala de trabalho, foi aqui notada pela primeira vez na literatura. Estudos anteriores investigaram numerosas variáveis relacionadas com o trabalho, tais como o número de turnos noturnos, o tempo entre turnos de trabalho ou o desequilíbrio de recompensa do esforço, contudo nenhuma delas incluiu qualquer variável relacionada com a carga de trabalho.

Em relação à associação observada entre o grau de SA e a satisfação pela interação, existem dados que apoiam esta relação entre os problemas de saúde mental dos enfermeiros e as variáveis de satisfação profissional. No entanto, nenhum destes estudos se centra em enfermeiros (MARTINS *et al.*, 2020).

Souza *et al.* (2019a) destacam que ainda há falta de funções clínicas avançadas de enfermagem, o que resulta numa diminuição da autonomia e provavelmente em um baixo estatuto profissional. De fato, foi demonstrado que os enfermeiros clínicos avançados tendem a considerar a qualidade da colaboração com os médicos como sendo elevada.

O estudo porem não pode implicar a causalidade entre a manifestação do SA e o grau de satisfação da interação profissional. Assim, outros fatores importantes, irrelevantes para as relações disfuncionais no ambiente de trabalho, tais como a tensão da vida cotidiana ou a predisposição genética, podem também estar ligados ao SA, embora não sejam relatados (COUTO *et al.*, 2021).

No que diz respeito à intensidade dos SA, estudos futuros que aplicam instrumentos capazes de distinguir entre o estado e as componentes do traço da ansiedade poderiam proporcionar uma melhor percepção dos correlatos dos problemas de saúde mental dos enfermeiros e das características de personalidade (SWIGER *et al.*, 2016).

Do mesmo modo, instrumentos orientados para diagnósticos psiquiátricos específicos poderiam também dar informações mais precisas sobre os problemas de saúde mental dos enfermeiros. Os indivíduos que sofrem de um grau grave de sintomas psiquiátricos podem estar mais relutantes em participar em tais estudos (CUCOLO; PERROCA, 2015).

2.3 Os efeitos de ambientes de trabalho saudáveis na qualidade do atendimento ao paciente

A qualidade do atendimento dos pacientes foi significativamente associada aos ambientes de trabalho de enfermagem. Os indicadores de qualidade da assistência ao paciente nos estudos revisados incluíram mortalidade hospitalar em 30 dias, insucesso-para-resgate, sobrevida na parada cardíaca hospitalar, taxa de readmissão e satisfação dos pacientes. Os ambientes de trabalho saudáveis tinham uma relação direta com a taxa de sobrevida dos pacientes na parada cardíaca e estavam negativamente associados à taxa de mortalidade dos pacientes internados em 30 dias (DINIZ; CORREIA, 2011).

Feldhaus *et al.* (2019) constataram que os ambientes de trabalho dos enfermeiros, as proporções de pessoal enfermeiro-paciente e a qualidade do atendimento dos pacientes estavam significativamente correlacionados. Em ambientes de trabalho mais saudáveis, onde os enfermeiros estavam mais satisfeitos com seu trabalho e tinham maior intenção de permanecer, os riscos de morte e de insucesso de pacientes eram significativamente menores.

Os pacientes que eram atendidos em hospitais com ambientes de trabalho ruins tinham 16% menos chances de sobreviver em prisões cardíacas hospitalares do que aqueles em hospitais com ambientes de trabalho respeitáveis (DEL VALLE, 2021). A relação paciente-enfermeiro adequado e ambiente de trabalho saudáveis eram complementares entre si para melhorar os resultados do atendimento aos pacientes (FERRO *et al.*, 2018).

Em hospitais com o pessoal de enfermagem reduzido, ambientes mais saudáveis

poderiam diminuir as chances de morte e insucesso para resgate dos pacientes em cerca de 2% e 3%; e em hospitais com o maior pessoal de enfermagem, ambientes mais saudáveis, diminuíram as chances de morte e insucesso para resgate dos pacientes em uma taxa significativamente maior, 12% e 14% correspondentemente (FARIA *et al.*, 2019).

O mesmo estudo também relatou que a melhoria da relação paciente/enfermeiro poderia melhorar significativamente os resultados do atendimento aos pacientes em hospitais com ambientes de trabalho saudáveis, um pouco em hospitais com ambientes de trabalho mistos, e nenhum efeito em hospitais com ambientes de trabalho ruins e essas descobertas indicaram que os ambientes de trabalho dos enfermeiros poderiam moderar positivamente os efeitos da relação enfermeiro-enfermeiro sobre os resultados dos pacientes (OLIVEIRA; SILVA; LIMA, 2018).

Para Duarte (2013), ambientes de trabalho saudáveis garantem maior segurança hospitalar. A insegurança acidental foi definida como eventos não intencionais que ocorreram de forma não planejada e que poderiam ter sido evitados com esforços apropriados. Exemplos de eventos não intencionais incluíram erros de medicação e ferimentos cortantes realizados por enfermeiros. Ambientes de trabalho saudáveis foram significativamente associados ao clima e cultura de segurança hospitalar. Um clima de segurança hospitalar e ambientes de trabalho mais precário foram significativamente correlacionados com o aumento do risco de mortalidade dos pacientes.

O estabelecimento de uma cultura de segurança no local de trabalho foi a chave para evitar erros médicos e taxa de mortalidade. Os enfermeiros classificaram os seguintes aspectos como estratégias de ponta para promover uma cultura de segurança: a) os enfermeiros tiveram contribuições para evitar erros; b) a liderança colocou a segurança dos pacientes como prioridade máxima; e c) os enfermeiros não sentiram que seus erros seriam retidos contra eles (HOMRICH *et al.*, 2020).

As razões mais frequentes citadas pelos enfermeiros para não relatar erros de medicação foram o medo de: a) consequências adversas de relatar erros, b) a percepção de outros enfermeiros sobre sua competência, e c) a culpa se concentrava nos indivíduos que cometeram os erros e não no sistema (FELDHAUS *et al.*, 2019).

A prevenção e interceptação de erros eram multifatoriais. Um ambiente de trabalho de confiança e apoio, entretanto, poderia desempenhar um papel na diminuição das taxas de erros de medicamentos e no aumento das intercepções de erros dos enfermeiros. As descobertas desta revisão indicaram que para alcançar as metas de segurança do paciente, formar uma cultura de apoio e de inocência é fundamental (SANTOS *et al.*, 2016).

Ambientes de trabalho saudáveis foram inversamente correlacionados com as lesões ocupacionais dos enfermeiros. Em um ambiente de trabalho mais saudável, os enfermeiros tinham um terço a menos de chance de serem feridos por material perfuro cortante. Enfermeiros que atuam em hospitais relataram taxas mais baixas de lesões musculoesqueléticas e exposição a sangue ou fluidos corporais (FERREIRA *et al.*, 2021).

As unidades dentro de hospitais tinham 21% menos probabilidade de desenvolver úlceras de pressão adquiridas em hospitais do que as unidades de hospitais. Os ambientes de trabalho saudáveis desempenharam um papel fundamental na cultura de segurança

dos hospitais (LAI *et al.*, 2020).

2.2.1 Impacto dos ambientes de trabalho saudáveis sobre os resultados dos enfermeiros

Com relação à saúde psicológica e as tensões emocionais dos enfermeiros, a saúde psicológica foi referida como interações sociais gratificantes no local de trabalho, satisfação no trabalho e satisfação no seu atendimento. As tensões emocionais dos enfermeiros foram denotadas como exaustão emocional, esgotamento, cansaço da compaixão e estresse (SANTOS, 2020).

Assegurar a segurança física e psicológica dos enfermeiros representava uma prioridade significativa nas organizações de saúde. Com base nos estudos revisados, ambientes de trabalho saudáveis foram associados positivamente à saúde psicológica dos enfermeiros e negativamente correlacionados com as tensões emocionais dos enfermeiros (FERRO *et al.*, 2018).

Os níveis de estresse dos enfermeiros estavam diretamente associados à sua carga de trabalho, o número de pacientes designados. Entretanto, quando os enfermeiros perceberam comportamentos de maior cuidado no local de trabalho, eles tiveram notas significativamente mais baixas em fadiga, estresse e burnout e notas mais altas em relações de trabalho, satisfação no trabalho e satisfação com a compaixão (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A qualidade dos ambientes de trabalho dos enfermeiros e do pessoal de enfermagem tinha uma relação negativa com o esgotamento dos enfermeiros. Os enfermeiros que trabalham em hospitais relataram um esgotamento emocional significativamente menor do que os enfermeiros em hospitais homólogos. Quanto à satisfação e retenção do trabalho dos enfermeiros, o impacto de ambientes de trabalho saudáveis na satisfação e retenção do trabalho dos enfermeiros foi um dos principais focos de estudo na última década (LAI *et al.*, 2020).

Os ambientes de trabalho saudáveis tinham uma relação positiva com as percepções dos enfermeiros sobre sua autonomia, controle sobre a prática, relações enfermeiro-físico, e apoio organizacional. Ambientes de trabalho saudáveis estavam negativamente correlacionados com a exaustão, insatisfação e intenção de deixar o trabalho. Especialmente para os enfermeiros recém-formados, os ambientes de trabalho dos enfermeiros foram um fator significativo que determinou o sucesso de sua imersão em seu primeiro trabalho de enfermagem (SANTOS, 2020).

Os ambientes de trabalho dos enfermeiros foram um fator notável para a taxa de retenção de três anos dos novos enfermeiros recém-formados. Ao trabalhar em unidades que foram classificadas como ambientes de trabalho saudáveis ou muito saudáveis, as taxas de retenção de enfermeiros recém-formados por três anos eram significativamente mais altas do que aquelas em unidades onde os ambientes de trabalho precisavam ser melhorados (DEL VALLE, 2021).

Assim, significativamente mais enfermeiros recém-formados se demitiram nos primeiros seis meses de contratação de unidades onde os ambientes de trabalho precisavam ser melhorados do que de unidades onde os ambientes de trabalho eram classificados como saudáveis ou muito saudáveis (SALIMENA *et al.*, 2014).

Existem formas ou estratégias para reduzir os impactos da carga de trabalho para os enfermeiros. Estas estratégias foram identificadas em estudo, que, ao investigar estratégias de enfrentamento do estresse entre a equipe de enfermagem em uma sala de emergência, encontrou a evasão, no qual os profissionais tentaram esquecer os estressores, retardaram o confronto ou bloquearam suas emoções; falaram sobre o problema e negociaram alternativas; participaram de atividades religiosas, esportivas e de lazer, e estas foram utilizadas para aliviar o nível de estresse no trabalho (LEITE *et al.*, 2021).

Observa-se uma satisfação significativa dos profissionais sobre o fator relacionamento no trabalho, supondo que a ajuda dos colegas de trabalho contribua para a redução da sobrecarga emocional, influenciando o resultado da baixa pontuação de sobrecarga encontrada.

Assim, as estratégias para proteger a saúde do pessoal de enfermagem devem abordar três níveis de assistência à saúde: básica (prevenção de riscos ocupacionais e promoção da saúde mental), moderada complexidade (cuidado direto do problema) e alta complexidade (acompanhamento e assistência para retornar à força de trabalho) (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

Assim, verifica-se que os profissionais de enfermagem sofrem mais impacto do que os outros membros da equipe e que o relacionamento em equipe é o fator que mais os sobrecarrega, no entanto, Oliveira *et al.* (2021) explicam que medidas profiláticas para promover e proteger a saúde do trabalhador precisam ser iniciadas nas escolas técnicas e cursos superiores, para que, a partir deste momento, os futuros profissionais possam estar conscientes da importância de manter sua saúde.

2.3 A assistência de enfermagem versus qualidade de vida dos profissionais de enfermagem

Trindade *et al.* (2014) apoia as conclusões afirmando que os enfermeiros às vezes têm pouco tempo para atender aos pacientes para dar-lhes um atendimento individualizado devido à falta de pessoal. Os resultados são semelhantes aos de Souza *et al.* (2019b), que indicaram que há uma redução na qualidade do atendimento prestado pelos enfermeiros quando eles estão ausentes. Os enfermeiros muitas vezes têm dificuldade em atender às necessidades dos pacientes, especialmente quando se trata de cobrir os colegas especializados ausentes.

Os resultados indicam ainda que, apesar do aumento da carga de trabalho nas enfermarias, do baixo moral dos enfermeiros que permanecem em serviço e da provisão mínima de cuidados aos pacientes, os gerentes de enfermagem não estão apoiando os enfermeiros que permanecem em serviço.



A falta de apoio dos gestores de enfermagem sujeita o pessoal de enfermagem a um baixo moral e possível mau desempenho ao prestar serviços de assistência de enfermagem. Estas descobertas são apoiadas por Faria *et al.* (2019), que indicaram que os gerentes de enfermagem sofrem pressão quando há absenteísmo em sua unidade e fornecem pouco apoio aos seus subordinados.

Fica evidente que determinar os efeitos do absenteísmo nos profissionais de enfermagem que permanecem em serviço é significativo para a eficiência e eficácia das instituições de saúde. A gestão do absenteísmo, que inclui a determinação das causas do absenteísmo, o registro das tendências do absenteísmo dos enfermeiros e a implementação da política de gestão do absenteísmo, é uma prioridade chave dos gerentes de enfermeiros nas instituições de saúde (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

Como os enfermeiros desempenham um papel importante no atendimento ao paciente, avaliar e gerenciar as preocupações pessoais e familiares é significativo para reduzir o absenteísmo no local de trabalho. O absenteísmo dos enfermeiros resulta em baixo moral do pessoal, maior escassez de enfermeiros e carga de trabalho. Enfermeiros com baixo moral têm desempenho abaixo do padrão nas instituições de saúde, resultando assim em aumento de doenças infecciosas, aumento da morbidade e mortalidade e possíveis conflitos entre si (FELDHAUS *et al.*, 2019).

Os enfermeiros que permanecem em serviço devido ao absenteísmo podem perceber que o ambiente de trabalho não é seguro e possivelmente considerar a possibilidade de conseguir outro emprego fora da instituição de saúde. A alta rotatividade de pessoal dos enfermeiros pode aumentar devido ao apoio mínimo por parte dos gerentes de enfermagem.

De acordo com Miranda *et al.* (2020), o absenteísmo dos enfermeiros afeta o atendimento ao paciente e, como tal, os pacientes podem sofrer hospitalização prolongada como resultado da alta carga de trabalho e do baixo moral dos enfermeiros que permanecem em serviço. A instituição de saúde pode experimentar menos produtividade, como resultado do mau desempenho dos profissionais de enfermagem. As instituições de saúde também podem ter custos financeiros, especialmente no que diz respeito à contratação de enfermeiros substitutos.

O interesse começou a aumentar em alguns especialistas que consideram que em termos reais é mais prejudicial e maior o custo originado pelo presenteísmo do que pelo absenteísmo (SILVA *et al.*, 2019).

O presenteísmo, que é definido, segundo Felli (2012) como “aquele que está doente e ainda assim trabalha” e tornou-se um fenômeno comum no local de trabalho. Cerca de 88% dos funcionários e 85% dos prestadores de serviços de saúde já trabalharam enquanto estavam doentes (RAMOS-TOESCHE *et al.*, 2020). Em 2015, mais de 65,6% dos funcionários do governo canadense declararam trabalhar enquanto estavam doentes e a média de tempo era de 11,9 dias por ano quando se sentiam doentes, mas tinham que trabalhar (SWIGER *et al.*, 2016).

Da mesma forma, as profissões de enfermagem são propensas a apresentar certo prestígio devido à grande carga de trabalho, trabalho por turnos e tarefas insubstituíveis

(COUTO *et al.*, 2021). O presenteísmo não só afeta negativamente a qualidade do atendimento dos enfermeiros, a satisfação no trabalho e a preferência pelo trabalho, mas também pode levar a perdas diretas e indiretas para as organizações (SANTOS *et al.*, 2018).

Alguns estudiosos estimaram que a perda média anual com o presenteísmo dos enfermeiros na Carolina do Norte é de cerca de 2-13 bilhões de dólares, portanto, o fenômeno do presenteísmo dos enfermeiros tem atraído cada vez mais a atenção dos estudiosos nos domínios da saúde mental, gestão de enfermagem, higiene pública e saúde ocupacional nos últimos anos (MOREIRA; FERNANDES, 2019).

Durante os últimos 20 anos, houve um grande progresso no estudo do presenteísmo dos enfermeiros. Foram realizadas várias pesquisas sobre o percentual de ocorrência de presenteísmo na América do Norte e Europa. Algumas variáveis de previsão do presenteísmo, como depressão, estresse no trabalho, demanda de trabalho e uma sensação de insubstituibilidade, têm sido propostas e apoiadas por pesquisas empíricas (PASCHOALIN *et al.*, 2012).

Quirino *et al.*, (2016) apresentam uma abordagem diferente do conceito que pode dificultar a comunicação entre pesquisadores e induzir a confusão sobre como evitar o presenteísmo na prática e alegou que o presenteísmo poderia ser causado pela insegurança no trabalho, estresse no trabalho e necessidades econômicas.

Mas, ao contrário do absenteísmo, o presenteísmo às vezes pode promover o aumento da produtividade em vez da perda. Assim, a definição de presenteísmo deve se concentrar no comportamento em si e não em seus antecedentes e resultados. Portanto, é necessário esclarecer a conotação do conceito e fazer uma distinção rigorosa entre o comportamento e seus resultados (por exemplo, perda de produtividade), medir sua situação de existência ao invés de seus resultados, e estabelecer vínculos entre eles (VIEIRA *et al.*, 2018).

Alguns autores sugeriram que a relação pode ter presenteísmo com a ocorrência de eventos adversos na prática clínica e o presenteísmo pode se manifestar em trabalho de má qualidade, leva à deterioração da qualidade de produtos e serviços e pode ser de erros mais graves. Também pode se manifestar em má gestão de tempo, falta de concentração, trabalho em equipe deficiente, geralmente resultando em um baixo rendimento por hora trabalhada (COUTO *et al.*, 2021).

Segundo Santos *et al.* (2018), eventos adversos raramente ocorrem por um único erro, estes são geralmente a soma dos erros latentes ou as causas-raiz do sistema. Erro ativo é o termo usado para se referir a erros cometidos pelos profissionais diretamente relacionados aos pacientes. Estes são geralmente fáceis de identificar (pressionar um botão errado, injetar o medicamento errado) e quase sempre envolvem alguém localizado na primeira linha de atendimento e seus efeitos são sentidos quase imediatamente.

Entre os vários fatores de erros ativos estão fatores fisiológicos, incluindo fadiga, falta de sono, uso de certas drogas ou sofrimento de uma doença crônica ou aguda. Assim, é razoável pensar que uma enfermeira é mais provável que cometa um erro ativo. Encontramos na literatura que existe um grande número de artigos que prestam atenção ao papel que os enfermeiros e outros profissionais da saúde desempenham na transmissão

de doenças aos pacientes e seus pares quando decidem ir trabalhar apesar de estarem doentes, sendo portadores de doenças infecciosas (por exemplo, influenza, gastroenterite) (PASCHOALIN *et al.*, 2012).

Vieira *et al.* (2018) explicam que pode ter um perigoso “efeito dominó” e suas consequências, e podem existir mais trabalhadores afetados do que pacientes e o fez pensar que eles eram portadores e reservatórios do vírus e os pacientes podiam contrair a doença pela inter-relação com os trabalhos de saúde.

Conforme Duarte (2013), os trabalhadores do campo da saúde estão particularmente expostos ao estresse contínuo, que causa sintomas físicos, psicológicos e cognitivos, exigindo respostas adaptativas prolongadas para tolerar, superar ou se adaptar aos estressores. Entretanto, os profissionais de enfermagem têm se preocupado mais em melhorar suas atividades e os cuidados oferecidos aos pacientes do que em cuidar de sua própria saúde, especialmente em relação aos riscos ocupacionais e à saúde mental.

A enfermagem está associada a altos níveis de estresse, um baixo grau de qualidade de vida e síndrome de burnout, devido principalmente às longas horas e insatisfação profissional. Além disso, sintomas de ansiedade, depressão, sofrimento psicológico, distúrbios do sono, fadiga e outras queixas somáticas são relatados como associados ao processo de trabalho do pessoal de enfermagem e exercem um impacto negativo sobre a saúde mental desses trabalhadores da saúde (CARNEIRO; ADJUTO, 2017).

O local de trabalho e o processo de trabalho devem ser monitorados continuamente, pois existe uma associação entre doenças ocupacionais e a execução de procedimentos específicos de enfermagem, o que causa um alto nível de tensão no processo de trabalho e redução na produtividade e qualidade de vida dos enfermeiros. Portanto, um ambiente que promova a organização do processo de trabalho, assim como relacionamentos e comunicação adequados entre os funcionários, pode contribuir para a saúde mental desses trabalhadores (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Os enfermeiros em setores abertos geralmente lidam diretamente com o público e, portanto, experimentam níveis mais altos de estresse em comparação com aqueles que trabalham em unidades fechadas. Os fatores associados ao estresse incluem a impaciência dos pacientes, os acompanhantes irritados, os médicos intolerantes, os cuidados infantis e de emergência em dois setores ao mesmo tempo (MARTINS *et al.*, 2020).

O sofrimento psicológico entre os membros da equipe de enfermagem tem sido relacionado às características da organização do trabalho, do processo de trabalho e da especificidade do paciente. Fatores associados ao sofrimento psicológico incluem pouca autonomia no processo decisório, pouco reconhecimento da importância de seu trabalho, programa de treinamento contínuo inadequado, bem como falta de recursos materiais e humanos (CUCOLO; PERROCA, 2015).

Além disso, a exposição à agressão física e verbal, a falta de segurança no trabalho e a baixa remuneração contribuem para problemas como estresse, alterações cardiovasculares e distúrbios do sono e assim, enfermeiros experimentam diferentes formas de violência de natureza física e psicológica que afetam negativamente seu desempenho no trabalho e sua saúde.

As atividades burocráticas, o contato constante com a morte e o sofrimento humano, as difíceis relações familiares, a falta de reconhecimento por parte de supervisores e administradores, a falta de incentivo para a educação continuada e a falta de estratégias institucionais para minimizar as consequências fisiológicas e psicológicas para enfermeiros, pacientes e familiares são fatores de risco para doenças mentais entre os membros da equipe de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2018).

Conforme Swiger *et al.* (2016), as doenças mentais decorrentes do estresse no local de trabalho dependem de aspectos individuais e da relação com este ambiente. Os sintomas físicos envolvidos na doença mental e uma redução na produtividade incluem distúrbios musculoesqueléticos, que geralmente estão associados a dor crônica e incapacidade, taquicardia, insônia, insegurança, ansiedade, cansaço, dor de cabeça, sensação de fadiga e dor nos membros inferiores.

Dalri (2013) ensina que a exposição ao estresse contínuo leva o organismo à exaustão e contribui para o surgimento de doenças oportunistas; assim, o estresse físico leva ao estresse psicológico e vice-versa. Os fatores associados ao trabalho do pessoal de enfermagem incluem aspectos físicos e emocionais, e dor, com repercussões no desempenho do trabalho e na qualidade de vida (TRINDADE *et al.*, 2014).

Assim, o conhecimento dos fatores relacionados ao trabalho que afetam a saúde mental dos membros da equipe de enfermagem é indispensável, pois a qualidade dos cuidados de saúde depende de membros saudáveis e motivados da equipe e a qualidade dos cuidados e a produtividade dos membros do pessoal sob estresse ou com doenças ocupacionais são comprometidas, levando a altas taxas de absenteísmo e de afastamento do trabalho por motivos de saúde (DA COSTA *et al.*, 2018).

3. CONCLUSÃO

Esse estudo objetivou conhecer a influência da sobrecarga de trabalho na saúde mental e na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem. Por meio da revisão, foi possível estudar os fatores que atuam sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem, sobrecarga de trabalho e doenças ocupacionais.

A enfermagem é uma profissão comprometida em promover saúde e qualidade de vida, satisfazendo as necessidades de saúde da população e defendendo os princípios que sustentam as políticas de saúde e tem sido submetida a grandes transformações nos últimos anos, resultando na adoção de novas práticas por profissionais com o objetivo de garantir a prestação de cuidados abrangentes às pessoas com problemas de saúde mental.

Em ambientes de trabalho caracterizados por conflitos e resistência, os profissionais de enfermagem sentiram, portanto, a necessidade de refletir sobre suas ações e processos de trabalho, repensando as práticas cotidianas. Por meio da pesquisa foi possível compreender que as experiências dos pacientes são associadas a entrega de qualidade da saúde determinada em cada atendimento e podem ser definidas como um reflexo do que realmente aconteceu durante o processo de atendimento e, portanto, conhecer sobre a saúde do trabalhador da saúde é fundamental para entender o seu desempenho, isso

refere-se ao processo de prestação de cuidados.

Notou-se que a satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e é diretamente influenciado por uma série de fatores relacionados ao trabalho, tais como aspirações e tristezas individuais e felicidade, afetando, em última instância, as atitudes em relação à família e a organização. Os estudos têm mostrado que existe uma associação negativa entre sobrecarga de trabalho e queda na qualidade na prestação de cuidados dos pacientes, uma vez que o aumento da carga de trabalho leva a um declínio de sua atuação no ambiente de trabalho.

A este respeito, a insatisfação com o trabalho com a sobrecarga e más condições de trabalho podem frequentemente levam à exaustão física e mental, afetando produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, comportamento de cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação de vida e satisfação do paciente.

Ficou evidente que também é importante avaliar as experiências dos pacientes sobre a qualidade do atendimento, pois não fornece apenas informações sobre as experiências reais, mas também revelam quais aspectos de qualidade os pacientes consideram mais importantes. No entanto, notou-se que a falta de estratégias de enfrentamento, tais como a prestação de apoio adequado e medidas para minimizar a sobrecarga de trabalho, pode muitas vezes agravar a insatisfação tanto dos profissionais quanto dos pacientes e, portanto, deve-se permitir que o pessoal de saúde compartilhe regularmente experiências, isso pode ajudar os profissionais a lidar com os efeitos emocionais de sobrecarga de trabalho.

Referências

ALVES, Ana Paula, *et al.*, Avaliação do impacto do trabalho em profissionais de saúde mental de uma instituição psiquiátrica. **REME. Rev. Min Enferm.** abr/jun; 17(2): 424-428, 2013.

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes. ADJUTO, Raphael Neiva Praça. Fatores relacionados ao absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. Artigo de revisão, **Rev. Adm. Saúde.** Vol. 17, nº 69, Out.-Dez. 2017.

COUTO, Luíza Barbosa, *et al.*, Estresse ocupacional e presenteísmo entre enfermeiros de um hospital público. **Cadernos UniFOAISSN:** Edição 45, abril de 2021.

CUCOLO, Danielle Fabiana. PERROCA, Márcia Galan. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem. Artigos Originais, **Acta Paul Enferm.** 28 (2). Mar-Abr. 2015.

DA COSTA, Claudia Silveira, *et al.*, A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência. **Revista Uningá**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 110120, dez. 2018.

DAL'BOSCO, Eduardo Bassani, *et al.*, A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. Artigo Original. **Rev. Bras. Enferm.** 73 (suppl 2). 2020.

DALRI, Rita de Cássia de Marchi Barcellos. **Carga horaria de trabalho dos enfermeiros de emergência e sua relação com estresse e cortisol salivar.** Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013.

DEL VALLE, Karen Sofía Solorzano. A sobrecarga de trabalho do pessoal de enfermagem que influencia o atendimento ao paciente. **Revista San Gregorio** [online]. vol.1, n.47, pp.165-179. 2021.

- DIAS, Giselle Cristina. FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e8164, jul. 2016.
- DUARTE, Valéria Regina Campos. A sobrecarga de trabalho na atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete. 2013.
- FARIA, M. de O. *et al.*, Repercussões do trabalho noturno junto ao profissional enfermeiro. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 139– 146, 2019.
- FELDHAUS, Carine, *et al.*, Associação entre carga de trabalho e absenteísmo de profissionais de enfermagem de nível médio. Artigo Original. **Texto contexto - enferm.** 28, 2019.
- FELLI, Vanda Elisa Andres. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**; 3(4): 178-181. 2012.
- FERRO, Denise, *et al.*, Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. Artigo Original, **Acta Paul Enferm.** 31 (4), Jul-Ago. 2018.
- LAI, J. *et al.*, Fatores associados aos resultados da saúde mental entre os trabalhadores dos cuidados de saúde expostos à doença de Coronavírus 2019. **JAMA Netw Open.**; 3(3): e203976. 2020
- LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia, *et al.*, Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e19404, out. 2018.
- LEITE, A. C. *et al.*, Estratégias e desafios em manter a saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia Covid-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e40510716417, 2021.
- MAGALHÃES, Ana Maria Müller de, *et al.*, Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. Artigo Original. **Rev. esc. enferm.** USP, n. 51, 2017.
- MARTINS, V. H. da S. *et al.*, Sobrecarga de trabalho em enfermagem através do Nursing Activities Score como ferramenta avaliadora. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. e47951141, 2020.
- MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida, *et al.*, Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare enferm.** 25: e72702, 2020.
- MOREIRA, L.G. FERNANDES, M. O Presenteísmo no âmbito da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Pró-UniverSUS**. Jan./Jun.; 10 (1): 154-161. 2019.
- OLIVEIRA, Andréa Telles de, *et al.*, Fatores estressores e estratégias do enfrentamento do enfermeiro intensivista frente ao novo coronavírus. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e31610918119, 2021.
- PASCHOALIN, Heloisa Campos, *et al.*, A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. **Rev APS**. jul/set; 15(3): 306-311. 2012.
- QUIRINO, Glauberto da Silva, *et al.*, Dupla jornada de trabalho: implicações na saúde da enfermeira. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, [S.l.], v. 10, n. 9, p. 34013410, set. 2016.
- RAMOS-TOESCHE, Aline Marcelino, *et al.*, Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Rev. Reflexão**. Esc. Anna. Nery 24 (spe), 2020.
- RODRIGUES, Andréa Maria dos Santos, *et al.*, O impacto das condições e jornada de trabalho na saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. pesq. cuid. fundam.** out./dez. 4(4):2867-73, 2012.
- SALIMENA, Anna Maria de Oliveira, *et al.*, Enfermeiras com dupla jornada de trabalho: autopercepção sobre a saúde. **Rev. Enfermagem Brasil**, Mar/Abr; 13(2), 2014.
- SANTOS, Bruno Alves dos. **Consequências da sobrecarga de trabalho para a saúde mental dos profissionais de enfermagem**. Ariquemes: FAEMA, 2020.
- SANTOS, Heloisa Ehmke Cardoso dos, *et al.*, Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalha-

dores de enfermagem. Artigos Originais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 26, 2018.

SILVA, Andressa Fernanda, *et al.*, Presenteísmo em trabalhadores da equipe multiprofissional de Unidade de Terapia Intensiva Adulta. Artigo Original. **Rev. Bras. Enferm.** 72 (suppl 1), Fev. 2019.

SOUZA, Verusca Soares de, *et al.*, Associação entre clima de segurança e carga de trabalho de enfermagem. **Cogitare enferm.** 24: e58976, 2019b.

SWIGER, P. A., *et al.*, Carga de trabalho de enfermagem nos cuidados intensivos cenário: Uma análise conceptual da carga de trabalho de enfermagem. **Perspectivas de enfermagem**, 64(3), 244-254, junho. 2016.

TREVISAN, E. *et al.*, Satisfação e sobrecarga do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas da Região do Triângulo Mineiro, Brasil. **Rev Bras Med Trab.**; 17(4): p. 511-520, 2019.

TRINDADE, Leticia de Lima. *et al.*, Absenteísmo na equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Rev. Enfermería Global**, p. 147, nº 36, Out. 2014.

VIEIRA, Manoel Luís Cardoso, *et al.*, Presenteísmo na enfermagem: repercussões para a saúde do trabalhador e a segurança do paciente. **Rev enferm UERJ**, 26:e31107, Rio de Janeiro, 2018.

CAPÍTULO 20

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL

NURSING ASSISTANCE DURING PRENATAL

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Adriane Cristina Pires Freire¹

Aline Bianca Pinheiro Pereira¹

Ana Cláudia Rodrigues Alves¹

Angela Gabriela de Araújo Costa Moura²

Leandro Rego Santos³

Matheus Lima Moreira³

Naira Cristina França Melo¹

Neurubia Abreu Cardoso¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

3 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O pré-natal consiste em acompanhar a gestante, servindo como um grande momento de aprendizagem tanto para a família quanto para a gestante, pois irá permitir que ao longo das consultas possam ser detectadas algumas anormalidades tanto com a mãe como com a crianças. Portanto o enfermeiro ou a equipe de enfermagem surgem como profissionais habilitados para acompanhar a gestação de baixo risco. Os objetivos deste trabalho foi analisar e avaliar a real importância e eficácia da assistência de enfermagem, bem como entender o olhar da gestante sobre seus questionamentos para com os profissionais de enfermagem no que diz respeito a privacidade com a mesma durante suas consultas. Foi realizada uma revisão de literatura, através de livros, artigos científicos publicados, dados do ministério da saúde, verificando assim a real importância do acompanhamento pré-natal e constatando que o enfermeiro tem sim respaldo e também habilidades técnicas/científicas para realização das consultas. Concluindo assim que o pré-natal é de extrema importância para saúde pública, e que a equipe de enfermagem tem total capacidade de conduzir as consultas. Verificou-se que mesmo o pré-natal sendo preconizado pelo ministério de saúde e sendo porta dos enfermeiros, podemos identificar que ainda existem certas dificuldades para que as gestantes cheguem ao posto de saúde, dificultando assim que a mesma tenha um bom acompanhamento durante as consultas, pois a equipe de enfermagem na maioria das vezes não conseguirá realizar uma consulta de acordo com o que lhe é estabelecido e isso leva a um déficit na qualidade da consulta.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Pré-natal. Cuidados

Abstract

Prenatal care consists of accompanying the pregnant woman, serving as a great learning moment for both the family and the pregnant woman, as it will allow that during the consultations some abnormalities with both the mother and the children can be detected. Therefore, the nurse or the nursing team emerges as professionals qualified to monitor low-risk pregnancy. The objectives of this study were to analyze and evaluate the real importance and effectiveness of nursing care, as well as to understand the pregnant woman's perspective on her questions with nursing professionals regarding privacy with her during her consultations. A literature review was carried out, through books, published scientific articles, data from the ministry of health, thus verifying the real importance of prenatal care and noting that nurses do have support and also technical/scientific skills to carry out consultations. In conclusion, prenatal care is extremely important for public health, and that the nursing team has full capacity to conduct consultations. It was found that even prenatal care being recommended by the ministry of health and being the door of nurses, we can identify that there are still certain difficulties for pregnant women to reach the health center, thus making it difficult for them to have a good follow-up during consultations. as the nursing team most of the times will not be able to carry out a consultation according to what is established for them and this leads to a deficit in the quality of the consultation.

Keywords: Nursing Care. Prenatal. Care.

1. INTRODUÇÃO

Apesar do progresso significativo na redução da mortalidade materna e crianças no Brasil, isso permanece alto e varia de acordo com a região, por exemplo, está longe do nível dos países desenvolvidos. Portanto, é necessário ampliar os esforços do Brasil para reduzir os fatores de risco para a saúde da gravidez levando em conta as diferenças entre as regiões.

Desta forma, este estudo torna-se relevante, pois o papel do enfermeiro é importante no pré-natal, por isso este profissional deve ser qualificado, atender às necessidades das mulheres durante a gravidez, conhecimentos suficientes e atualizados para uma assistência eficaz. Existir ações do enfermeiro, pois por meio da assistência prestada, é possível detecção precoce de complicações e monitoramento de situação de risco. As gestantes podem se sentir mais acolhidas diante das descobertas advinhas em cada semana de gestação, proporcionando assim, uma gravidez mais segura.

O enfermeiro desempenha um papel importante na equipe da ESF, portanto, O profissional deve compreender a importância do pré-natal e seu papel neste serviço. Diante desse fato, este estudo teve como objetivo a seguinte pergunta norteadora: Quais serão os principais cuidados e ações de Enfermagem na consulta durante o pré-natal?

Para responder o questionamento acima, o objetivo geral foi descrever a assistência de enfermagem durante o pré-natal. Já os objetivos específicos foram: Conhecer o olhar da gestante sobre a atuação da enfermagem no pré-natal, identificar as ferramentas utilizadas pelo enfermeiro no pré-natal, suas potencialidades e fragilidade no atendimento, descrever os impactos das ações realizadas pela enfermagem na consulta no contexto da assistência pré-natal. Esta revisão foi realizada através de fontes de estudos e artigos já publicados sobre o tema abordado. As fontes de pesquisas utilizadas foram do site: Scientific Electronic Library online (Scielo)

2. A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA SOBRE O OLHAR DA GESTANTE

Segundo informações do Ministério da Saúde, a enfermagem e sua equipe têm o papel de acolher e gerar segurança à A gestação é um período único e especial, independentemente de ser ela uma primigesta ou multigesta, as sensações de tornar-se mãe, conhecer um novo ser confundem com suas incertezas e medos. Neste sentido, o acompanhamento de pré-natal desenvolvido por enfermeiros é imprescindível no preparo para as mudanças da gestação, o parto e pós-parto além de auxiliar no fortalecimento da autonomia feminina no momento do parto (ALMEIDA; ALCÂNTARA; ARAÚJO, 2018; REIS; ABI RACHED, 2017; TEDESCO *et al.*, 2004).

Gestante, garantindo seus direitos de maneira humana, fornecendo todas as orientações possíveis durante as consultas de pré-natal para que a gravida se sinta preparada



para o trabalho de parto e nascimento do bebê, além de cuidar de sua saúde durante este período (BRASIL, 2014).

O ministério da saúde preconiza que, durante as consultas de pré-natal, as gestantes sejam orientadas, quanto aos sintomas e desenvolvimento da gestação, a preparação para o parto, a orientação e o incentivo ao parto normal, o incentivo ao protagonismo da mulher, os sinais e os sintomas da gestação e parto e os benefícios legais que a mulher tem direito também devem ser abordados, além de orientações sobre amamentação e cuidados com o bebê (BRASIL, 2013).

Piccinini *et al.* (2012), enfatiza que é importante considerar que as questões de saúde física e emocional são aspectos que não se separam durante o processo de transição para a maternidade e de assistência pré-natal.

Cuidados especiais e mais amplos são necessários na gestação, pois são várias as mudanças que ocorrem no corpo da mulher, são nove esperados meses para a chegada do bebê. Diante do surgimento de algum problema na consulta pré-natal, pode ser feita uma avaliação precisa da gestante. Além disso, a mulher poderá receber orientações, tais como exercícios respiratórios e dicas sobre o reconhecimento dos sinais de parto, entre outras. Parto é um processo natural, e a gestante não deve ficar exposta aos imprevistos (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

É visível o desenvolvimento das mulheres sobre o processo de humanização do parto, onde muitos tem lutado para que a grávida seja respeitada e suas escolhas sejam levadas a sério. A consulta de enfermagem no pré-natal e pós parto leva a refletir que a educação em saúde é uma prática que deve estar presente na assistência de pré-natal, pois conforme a literatura analisada se percebe a melhora de todo processo e a minimização de eventos negativos que poderiam vir a ocorrer por falta de orientações simples.

O papel do enfermeiro como atuante na saúde pública vai além da tecnologia ou técnicas, ele se torna um educador e promotor de saúde, é sua responsabilidade orientar sua equipe e prepará-la para divulgar todas as informações, é necessário para que o parto normal deixe de ser um tabu para as mulheres, elas entendem aquelas que deram à luz fisicamente durante uma gravidez saudável sem qualquer intervenção cirúrgica.

A gravidez é um momento para a mulher redescobrir, desenvolver novos sentimentos e emoções, o que cria expectativas. Expressas de diversas formas, a maioria delas na vinda de ansiedade e esperança com a chegada do filho, e a expectativa de uma criança saudável e feliz na família.

Outros autores citam que entre as principais dificuldades mencionadas, destacam-se a dificuldade de acesso ao primeiro atendimento, o tempo de espera para a consulta e a falta de vínculo com o profissional que realiza a assistência. Em alguns casos, esses obstáculos podem constituir uma ameaça à continuidade da assistência (FIGUEIREDO, 2008).

É notório que a assistência à saúde pode apresentar obstáculos relacionados à acessibilidade organizacional, os quais contemplam dificuldade na busca pelo atendimento, representada pela demora na marcação de consultas (FIGUEIREDO, 2008).

De acordo com os preceitos de acessibilidade e considerando que o período de gestação compreende uma série de mudanças físicas e emocionais que podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias, além de alguma desordem fisiológica mais complexa, torna-se necessário assegurar à mãe o direito a uma atenção de qualidade e de fácil acesso, como preconiza o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (FIGUEIREDO, 2008).

Gestação é um momento na vida da mulher em que ela necessita do apoio da família, precisa se sentir amada, cuidada e, quando o esposo, namorado, mãe e/ou amiga participam do pré-natal, essa é uma maneira de lhe demonstrar que é importante. Tal ação cria um vínculo entre a família e o bebê, pois a criança sente que é desejada pelos familiares. A gestante deve ser incentivada a ir às consultas acompanhada de seu companheiro ou de algum familiar, com o intuito de destacar a necessidade da participação do pai no decorrer do período gestacional e do estabelecimento do vínculo pai-filho para o crescimento saudável da criança, assim como para o desenvolvimento do núcleo familiar durante a gestação (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

O local para realizar a consulta de pré-natal deve ter fácil acesso à ação ou à marcação de consultas, facilitando a atenção e impedindo que esta seja postergada a ponto de afetar adversamente a identificação e o manejo de possíveis problemas. Caso contrário, atenção adequada pode não ser obtida, acarretando gastos adicionais ao sistema de saúde e prejuízo à saúde do binômio mamãe/bebê (FIGUEIREDO, 2008).

Costa *et al.* (2010), ainda afirmam que o pré-natal de qualidade se destaca como sendo o primeiro alvo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige atuação profissional com competência e que seu conhecimento e prática sejam atualizados continuamente.

3. IDENTIFICAR AS FERRAMENTAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

A atuação do enfermeiro na assistência do pré-natal de baixo risco de acordo com a Lei n.º 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem compreende realizar consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e medicamentos, desde que instituídos em Programas de Saúde Pública e em hábito aprovada pela instituição de saúde, fornecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de promoção à saúde (DUARTE; MAMEDE, 2013; DUARTE; BORGES; DE ARRUDA, 2011; GUIMARÃES; LEITE; SANTOS; KOWA; SOUZA; ARAUJO; ALZENIR, 2008).

No ato da realização das atividades de promoção à saúde, com a densidade de tecnologias leves e leve-dura, o profissional de saúde deve atuar como facilitador e promover a troca de experiências e discussões entre as gestantes, e procurar priorizar as relações afetivas fomentando as trocas de informações do parto e pós parto, evitando o uso de palestra, pelo fato de que na maioria das vezes não problematizam os temas relacionados ao período perinatal e por dificultar o entendimento pela linguagem utilizada (ALVES *et al.*, 2014; DUARTE; MAMEDE, 2013; DUARTE; BORGES; DE ARRUDA, 2011; GUIMARÃES; LEITE; SANTOS; KOWAL; SOUZA; ARAUJO; ALZENIR, 2008).



Durante o período da gestacional e do pós-parto, a mulher passa por um processo de mudança, trazendo com ela o medo e a insegurança, esses sentimentos estão diretamente ligados à falta de informações (GUERREIRO et al., 2012). Diante disto, evidencia-se que o atendimento do PN e puerperal necessita ser qualificado e humanizado, por meio da inclusão de condutas acolhedoras, que garantam a qualidade e promovam o vínculo entre a mulher e o profissional (GUERREIRO et al., 2012; DE LIMA SANTOS; TRINDADE RADOVANOVIC; SILVA MARCON, 2010). Para isto, são requisitos de extrema importância para a humanização e acompanhamento da assistência, ações e condutas que beneficiam a participação e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao PN, obtendo informações e orientações adequadas na assistência à saúde da gestante e do RN (DE LIMA SANTOS; TRINDADE RADOVANOVIC; SILVA MARCON, 2010).

A atuação do profissional enfermeiro obstetra é de grande valor para o fortalecimento da assistência PN, sendo habilitado para ter uma visão diferenciada, podendo assim, proporcionar ações de capacitação com intuito de aprimorar a agilidade da equipe para exercer um acolhimento diferenciado, sendo essencial promover a boa saúde materna e fetal em todos os momentos do atendimento. No entanto, é indispensável à promoção de novas capacitações de qualidade e uma maior supervisão para melhorar ainda mais a habilidade do profissional e também a promoção de saúde materna e infantil, além de identificar e suprir as fragilidades encontradas diante esse atendimento (DUARTE; MAME-DE, 2013).

Oliveira e Madeira (2011) contribuem ao considerar em seus estudos que a interação entre a equipe multiprofissional e a gestante durante o pré-natal permite reconhecer as necessidades das mulheres em suas vertentes vivenciais. Os autores reafirmam a importância de uma assistência humanizada, baseada na lógica da intervenção consciente e não em intervenções desnecessárias, coerente com os preceitos normatizados pelos programas atuais direcionados à saúde da mulher, onde a integralidade, acesso e universalidade são apontados como aliados ao processo de busca pela qualidade da assistência prestada, nos mais diversos serviços e redes de atenção à saúde.

Assim, esta categoria pode ver quais ferramentas são essenciais para as práticas de enfermagem, construindo e fazendo, um agradável e preciso planejamento adequado ao perfil assistido.

A produção de conhecimento por enfermeiros se enquadra nessa categoria no verdadeiro caminho de sua busca constante por cuidados qualidades diferentes, condicionadas à vontade do "outro" e baseadas na criatividade para o dia a dia.

A Intenção do profissional nesta situação o cerne da "ferramenta de cuidado" é servir bem e atrair aqueles que conexões e oportunidades mais necessárias e seguras mulher grávida, sua rede social. Inferência do processo de gravidez seguro, também ocorre em ferramentas usadas por mulheres durante a preparação momentos antecipados, idealizados e únicos.

Esta categoria "Ferramentas Para o Cuidado" descreve as ações utilizadas pelos enfermeiros para promover a assistência às gestantes. É uma categoria importante por descrever inspirações, criatividade e formas de cuidados em seus mais diversos conceitos e propostas.

portanto a tarefa de ensinar ela é tida como uma das atividades que a enfermagem desempenha a fim de concretizar o objetivo fundamental do profissional enfermeiro na promoção da saúde e assim proporcionar uma ótima qualidade na maneira e estratégias utilizadas para um bom acolhimento.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar (ARAUJO, 2007).

Ainda sobre as atribuições do profissional enfermeiro cabe ressaltar que deve ser levada em conta a responsabilidade de orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosa (BRASIL, 2013).

A visita domiciliar que é o trabalho efetuado pelos agentes comunitários de saúde visa garantir e proporcionar um melhor quadro de acompanhamento às gestantes obtendo informações necessárias para aprimorar o planejamento da assistência dos serviços prestados pelos profissionais de saúde e também conhecer de perto as circunstâncias em que se encontram a gestante e sua família (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

4. A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELAS GESTANTES ÀS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

As gestantes reconhecem como ações do pré-natal, as consultas de enfermagem, registros das informações nos impressos, medidas antropométricas, solicitação de exames, aferição de dados vitais, orientações e reuniões educativas.

Segundo Niquini et al. (2012) a coleta dos dados vitais, das medidas antropométricas e o registro dos mesmos durante o pré-natal pode assegurar a qualidade da assistência além de dar andamento a atenção à gestante.

Para Dias et al. (2015b) as gestantes entendem que é importante adquirir conhecimentos durante o pré-natal para que seja assegurado uma gestação, parto e puerpério sem complicações. Deste modo é fundamental que o enfermeiro seja habilitado para prestar uma assistência eficaz e contínua junto à gestante, intensificando a implementação de ações educativas, visando garantir uma assistência completa e contínua ao longo de todo período gestacional.

É significativa, a orientação tanto da gestante quanto dos seus familiares, a respeito da importância do acompanhamento pré-natal e da regulamentação das suas vacinações, aproveitar o momento para ressaltar a relevância do aleitamento materno. Quanto às consultas de pré-natal, inteirar sobre a frequência da mesma e fazer busca ativa em caso de gestantes faltosas. É atividade da enfermagem, realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e entregá-la o cartão da gestante adequadamente preenchido. É interessante a realização dos testes rápidos, solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo e antever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal.

(CARDOSO et al., 2017).

Quanto às condutas do enfermeiro, as gestantes demonstram compreender essas condutas e as consideram importante, o que possibilita a adesão ao pré-natal e possibilita aos profissionais de enfermagem uma assistência de qualidade.

A continuidade dessas ações durante as consultas de enfermagem é, portanto, fundamental para que as gestantes possam ser acompanhadas com qualidade e assistidas durante toda a gestação.

É fundamental para as gestantes saber sobre o desenvolvimento da gestação, os esclarecimentos, dúvidas, conselhos e o mais importante a tranquilidade transmitida pelos profissionais enfermeiros durante as consultas de pré-natal. Vale ressaltar que o enfermeiro necessita desempenhar sua função de maneira eficaz para que a gestante reconheça as ações realizadas pelo mesmo.

Acredita-se que essas ações prestadas pela equipe de enfermagem são importantes no pré-natal, por meio de uma boa assistência prestada, será possível identificar intercorrências precocemente e assim monitorar as gestantes que se encontram em situações de riscos. No mais as gestantes se sentirão mais acolhidas diante das descobertas adivinhas em cada semana de gestação, proporcionando assim uma gravidez mais segura.

A assistência no pré-natal, agregado ao cuidado compreende a aptidão do enfermeiro, que deve ser competente, humano e dedicado. Competente para orientar adequadamente as gestantes, identificar antecipadamente os problemas que possam manifestar-se e enfrentá-los de maneira assertiva de modo a evitar ou minimizar suas complicações. (MATOS et al., 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilita refletir sobre a importância do pré-natal suficiente para um bom resultado da gravidez, exceto para decidir aplicabilidade desta assistência, de acordo com os estudos listados neste trabalho, a continuidade do acompanhamento é um fator determinante da qualidade do cuidado, porque é incentivado pelo acolhimento proporcionado pela unidade de saúde.

Através deste estudo percebeu-se que o profissional ainda enfrenta alguns desafios e dificuldades durante o acompanhamento na assistência prestada, tais como: nas solicitações de exames de rotina, na demora dos resultados, na carência de materiais e na prescrição de algumas medicações. Também destacam certos acordos que não oferecem aos profissionais a autonomia necessária a função de realizar um pré-natal de forma efetiva e de qualidade.

No entanto, por mais que tenham algumas limitações durante as consultas de pré-natal as gestantes acham satisfatório os atendimentos oferecidos e recebido pelo enfermeiro. Ao receber cada gestante os profissionais passam a assumir um papel de extrema

importância que será a de promover ações para promoção e prevenção da saúde da mulher durante o período gestacional, além de desenvolver um bom acolhimento, para que assim possam diminuir a taxa de morbimortalidade e mortalidade materno fetal, portanto é necessário que o profissional desempenhe com excelência uma boa qualidade na assistência prestada a gestante.

Referências

- ALMEIDA, A. R. V.; ALCÂNTARA, D. S. de; ARAÚJO, T. T. de. Expectativas da gestante em relação ao parto. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 11, n. 1, p. 12-19, 2018.
- CARDOSO, Maria Raykielle de Sá. Et al. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). INTERNATIONAL NURSING CONGRESS.
- CARVALHO, J. L. **A visão das gestantes sobre as ações educativas do enfermeiro-uma breve aproximação. Especialização em atenção básica em Saúde da Família.** 2010, p. 01-23. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Campos Gerais, 2010.
- CASTRO, M.E; MOURA, M.A.V; SILVA, L.M.S. **Qualidade da Assistência Pré-natal:** uma perspectiva das Puérperas Egressas.
- DE LIMA SANTOS, A.; TRINDADE RADOVANOVIC, C. A.; SILVA MARCON, S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, 2010.
- DE LIMA SANTOS, A.; TRINDADE RADOVANOVIC, C. A.; SILVA MARCON, S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, 2010.
- DE OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A Importância Do Acompanhamento Pré-Natal Realizado Por Enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, Volume. VII, n. 3. Ano 2016/2º Semestre.
- DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 52-62, jan-jun, 2018.
- DIAS, E. G.; SANTO, F. G. E.; SANTOS, I. G. R.; ALVES, J. C. S.; SANTOS, T. M. F. Percepção das gestantes quanto a importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**
- DUARTE, S. J. H.; BORGES, A. P.; DE ARRUDA, G. L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2011.
- DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermería [en linea]** 2013, XIX.
- NIQUINI, R. P.; BITTENCOURT, S. A.; LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva.**
- PICCININI, Cesar Augusto et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, Mar, 2012.
- TAVARES, D. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2019.

CAPÍTULO 21

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTROLE DE INFECÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO

***THE NURSE'S PERFORMANCE IN CONTROL OF INFECTION IN
THE SURGICAL SITE***

Antonia Sales Silva¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

Resumo

As Infecções do Sítio Cirúrgico são consideradas como as principais causas de infecção à assistência de saúde brasileira, por ocuparem a terceira posição entre as demais infecções relacionadas ao serviço de saúde. Essas infecções são decorrentes de uma série e fatores que tem relação direta com a microbiota do próprio paciente. Com o passar dos anos tornou-se um problema de saúde pública que tem ligação direta com a morbidade e mortalidade, além de contribuir para o tempo de internação do paciente por conta das complicações decorrentes as infecções. Sendo assim, esse trabalho teve como objetivo geral compreender o controle de infecções do sítio cirúrgico. Como metodologia realizou-se revisão integrativa da literatura com buscas em periódicos, revistas científicas, livros e bancos de dados eletrônicos, como LILACS, SCIELO e Google Acadêmico. O objetivo geral buscou compreender a importância do profissional de enfermagem para o controle de infecções dentro do sítio cirúrgico. Dessa forma, conclui-se a importância de compreender as práticas de prevenção e controle de infecções dentro do sítio cirúrgico, assim como a inserção de treinamentos e especializações que busquem minimizar essas ocorrências, buscando a preservação da saúde.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico. Controle. Infecção. Enfermeiro. Prevenção.

Abstract

Surgical Site Infections are considered the main causes of infection in Brazilian health care, as they occupy the third position among other infections related to the health service. These infections result from a series and factors that are directly related to the patient's own microbiota. Over the years, it has become a public health problem that is directly linked to morbidity and mortality, in addition to contributing to the length of stay of the patient due to complications resulting from infections. Therefore, this study aimed to understand the control of surgical site infections. As a methodology, an integrative literature review was carried out with searches in journals, scientific journals, books and electronic databases, such as LILACS, SCIELO and Google Scholar. The general objective sought to understand the importance of the nursing professional for the control of infections within the surgical site. Thus, it is concluded the importance of understanding the practices of prevention and control of infections within the surgical site, as well as the insertion of training and specializations that seek to minimize these occurrences, seeking to preserve health.

Key-words: Surgery Center. Control. Infection. Nurse. Prevention.



1. INTRODUÇÃO

As infecções cirúrgicas dentro dos hospitais são comuns, sendo essas responsáveis pelo aumento do custo de internação por se tratar de tratamentos com valores elevados e prolongar a estadia do paciente. Nesse contexto esse tipo de complicação é considerado como uma das mais temidas pelos profissionais de saúde, pois podem ocasionar danos e seqüelas irreversíveis ao paciente.

Os riscos de infecção de Sítio Cirúrgico envolvem fatores intrínsecos que tem relação com a idade, obesidade, desnutrição e outros fatores e com os fatores extrínsecos que tem relação direta com a cirurgia que vão desde o processo de higienização das mãos até a esterilização do ambiente. Alguns fatores podem ser modificados e controlados se houverem protocolos de prevenção aplicados de maneira correta.

Diante do exposto, foram observados os desafios dos enfermeiros para por em prática as práticas preventivas e o controle de infecções que ocorrem dentro do sítio cirúrgico, onde o conhecimento teórico e prático contribui para dar mais estabilidade a esse tipo de trabalho. Ressalta-se ainda que esse profissional tenha ligação direta com o controle e prevenção de procedimentos que buscam minimizar as infecções no sítio cirúrgico. Surge então uma problemática a ser analisada: Qual a importância do profissional de enfermagem para o controle de infecções no sítio cirúrgico?

O objetivo geral buscou compreender a importância do profissional de enfermagem para o controle de infecções dentro do sítio cirúrgico. Já os objetivos específicos buscaram: estudar a infecção hospitalar e o ambiente do centro cirúrgico, definir as medidas preventivas no controle de infecção no sítio cirúrgico e abordar a atuação do profissional de enfermagem no controle de infecções dentro do sítio cirúrgico.

A metodologia aplicada nesta pesquisa foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada uma consulta a livros, dissertações e por artigos científicos e sites confiáveis como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Os principais autores consultados foram Silva (2012), Nascimento (2015) e Amaral (2017). O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Centro Cirúrgico, Controle, Infecção, Enfermeiro e Prevenção.

2. INFECÇÃO HOSPITALAR

A história das infecções hospitalares (IH) tem ligação direta com a história do desenvolvimento da medicina e dos hospitais. A transmissão de doenças já era observada na Grécia em 450 a.C através de estudos feitos por Hipócrates, onde o mesmo assimilou que a cura das feridas tinha ligação direta com o processo de higienização das mãos e por conta disso era necessário usar água fervida durante o processo cirúrgico e lavar os

ferimentos com vinho (CAMPOS; JESUS, 2015).

Há relatos históricos que falam a respeito das primeiras infecções hospitalares no início do período medieval, onde foram criados alojamentos para pessoas doentes, pobres e peregrinos, locais de exclusão total. Nesse período por conta do agrupamento descriminado de pessoas em um ambiente fechado ocorreram inúmeras transmissões de doenças, onde se deu origem aos primeiros casos de infecção hospitalar já que as doenças surgiam através de microorganismos que eram transmitidos de pessoa para pessoa (SILVA, 2015).

Essas infecções tinham sua descrição na ausência de procedimentos terapêuticos, onde a transmissão ocorria nas comunidades através de vias aéreas, água e alimentos. Nessa mesma época deram iniciaram as primeiras pandemias de cólera e peste bubônica, que ocasionaram várias mortes. Nesse mesmo período a medicina não era considerada uma prática hospitalar, isso porque a cura era buscada na concepção religiosa onde o sobrenatural era usado como instrumento de cura (DELFINO; AMORIM, 2018).

Já no século XIX a medicina passou a se basear na Teoria da Geração Espontânea, onde James Young analisou que quando os procedimentos cirúrgicos eram realizados em domicílio, a taxa de infecção e mortalidade era significativamente menor do que quando os procedimentos eram realizados nos hospitais. Em 1846 o médico Philip Smmelweis apresentou de forma clara e precisa que o processo de higienização era necessário para a prevenção de infecções, onde o mesmo comprovou que quando os médicos saíam da sala de autópsia para a sala obstetrícia o odor nas mãos era considerado desagradável (REIS; RODRIGUES, 2017).

Reis e Rodrigues (2017) supracitado ainda afirmam a solicitou aos estudantes de medicina e aos médicos que logo após as autópsias os mesmos lavassem as mãos com água colorada, o mesmo procedimento deveria ser realizado após examinar os pacientes nas clínicas. Depois desse feito a mortalidade caiu de 13,5 para 2,3% dentro dos hospitais e clínicas.

Nesse mesmo período um médico alemão chamado Robert Koch ressaltou em seus estudos sobre a importância dos microorganismos como transmissores de doença. Em seus estudos sobre o carbúnculo, o mesmo provou que havia um tipo específico de microorganismo que causava doenças agressivas. Desde esse período ficou evidente a importância da higienização das mãos como medida preventiva para o cuidado com o paciente, sendo esta responsável por via de transmissão de microorganismos dentro do ambiente hospitalar (TEXEIRA; LINCH; CAREGNATO, 2014).

Muitos estudiosos contribuíram para o processo de controle e prevenção de infecções hospitalares, entre eles Florence Nightingale e Willian Farr usaram as abordagens da epidemiologia das doenças infecciosas e das doenças hospitalares bacteriológica, ou seja, quando essas infecções são transmitidas pelo ar, solo e água. Essas ações deram início a um controle sobre o meio ambiente, limpeza dos hospitais, criação de sala de isolamento, redução do número de leitos por sala e diminuição dos cuidados dentro das enfermarias. Esses procedimentos diminuíram de forma significativa as infecções (VASCONCELOS; MIGOTO; SILVA, 2018).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar foi criada em 1950 na Inglaterra. No



Brasil apenas no ano de 1983 que o Ministério da Saúde criou a implantação do controle de infecções hospitalares para os hospitais do país, independentemente da natureza a assistência a saúde do paciente tornou-se um assunto necessário. A grande problemática era voltada a ausência de cuidados necessários e a preocupação com os pacientes internados, porém depois de um evento fatídico que ocasionou na morte do então presidente Tancredo Neves por decorrência de infecção hospitalar é que esse tema ganhou ênfase (CAMPOS; JESUS, 2015).

Foi através da Portaria nº196 de 24 de junho do ano de 1983 instituída pelo Ministério da Saúde que definiu a necessidade de todos os hospitais do país necessitariam ter uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Essas comissões eram compostas por enfermeiros e médicos infectologistas, além de outros profissionais como técnicos e administradores (BRASIL, 2017).

A Infecção Hospitalar não representa apenas uma preocupação para os órgãos de saúde, trata-se de um problema de ordem social, jurídica e ético que tem como consequência colocar em risco a saúde do paciente. A definição da IH consta na Portaria do Ministério da Saúde Nº 2616 de 12 de maio de 1998 aquela adquirida logo após a admissão do paciente e que pode se manifestar durante a internação ou logo após a alta, ocorrendo na relação com a internação ou nos procedimentos hospitalares (BRASIL, 2017).

Ressalta-se ainda que essas complicações possuam ligação direta com a assistência a saúde, assim como com a ligação da morbidade e mortalidade dentro dos hospitais. A utilização indiscriminada dos antibióticos, a resistência aos antimicrobianos e os procedimentos invasivos também são agravantes para a ocorrência de infecção.

Nesse contexto a criação dessa Comissão de Controle de Infecção Hospitalar busca minimizar a ocorrência de infecções e controlar os casos que ocorrerem, através da verificação dos prontuários e do cumprimento das normas da instituição que tem relação direta com esse controle. Todos os anos cerca de três milhões de hospitalizações resultam em infecções hospitalares. No Brasil a prevalência dessa ocorrência ainda é desconhecida, porém os problemas ligados a IH crescem principalmente nos hospitais públicos, cuja manutenção não segue os padrões das comissões de controle (CAMPOS; JESUS, 2015).

As infecções hospitalares são consideradas indicadores que resultam no processo de mensurar a qualidade da prestação da assistência a saúde. Por conta da baixa adesão de medidas preventivas que controlem essas infecções, com o passar dos anos para os profissionais da área da saúde. É fundamental que os profissionais fiquem atentos aos indicadores dessas infecções que estão presentes na inserção de cateter, corrente sanguínea, ferida e podem apresentar aos pacientes alterações nos quadros clínicos (VENDRUSCULO, 2016).

3. INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Figuras e tabelas não devem possuir títulos (cabecinhos), mas sim legendas. Para melhor Entre as mais frequentes e mais importantes infecções associadas a cuidados em saúde (IRAS) estão às infecções do sítio cirúrgico (ISC), que estão relacionadas com os

procedimentos cirúrgicos. E apresenta impacto importante, devido ao elevado número de casos incidentes no mundo inteiro. As infecções de sítio cirúrgico (ISC) são complicações pós-operatórias comuns e, uma questão de morbidade e mortalidade, tempo de hospitalização e custos. São provenientes da má manipulação cirúrgica que acometem tecido subcutâneo, tecidos moles profundos, órgão e cavidades com incisão. Para se realizar um diagnóstico de ISC é necessário que a infecção tenha ocorrido em até 30 dias após o procedimento cirúrgico ou até 90 dias, em casos de implante de prótese (CARVALHO, 2017).

Esse tipo de infecção sobrecarrega a assistência, por ser responsável pelo aumento do período de internação, requerer uso de terapia antibiótica, testes adicionais de diagnóstico e até mesmo novos procedimentos cirúrgicos. As ISC são apontadas como aquelas com a maior prevalência entre as infecções associadas a cuidados em saúde evitáveis, e a segunda mais frequente no mundo entre os pacientes que se submetem às cirurgias e compreende de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados (NASCIMENTO, 2015).

A incidência de ISC depende da idade, internação, classificação da ferida operária, duração da cirurgia, operações de emergência e profilaxia pós-operatória (SABBATINI *et al.*, 2018). Globalmente, por causa dos efeitos negativos, tanto para o paciente quanto para os serviços de saúde, a prevenção de infecção de sítio cirúrgico tem recebido atenção considerável dos profissionais e autoridades da saúde, da mídia e do público (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

Dessa forma, é importante a participação do enfermeiro no processo de avaliação da qualidade e produtividade no Centro Cirúrgico, com o objetivo de identificar e redesenhar as tarefas que não estão de acordo com os padrões e exigências que têm em vista à proteção da saúde individual e coletiva, realizar vigilância contínua e comparar seus resultados com aqueles encontrados nos hospitais de melhores práticas (SILVA, 2017).

4. FATORES DE RISCO E FONTES DE INFECÇÕES DO SÍTIO CIRÚRGICO

As infecções do centro cirúrgico ocorrem antes, durante ou logo após a realização da cirurgia. Grande parte dessas infecções pode ser classificada como superficiais, por envolverem apenas a pele. Há outras infecções consideradas mais graves que podem afetar além do tecido sob a pele, órgãos ou até mesmo materiais implantados (BORGES, 2016).

A responsabilidade por fornecer orientação e prevenção dessas infecções é do Centro de Controle de Doenças e Prevenção, que objetiva ajudar a sanar essa problemática dentro dos hospitais. É de responsabilidade do centro explicar as informações necessárias para o público e organizar métodos preventivos para que não ocorram possíveis danos a saúde do paciente e até mesmo dos profissionais de saúde (CAMPOS; JESUS, 2015).

Segundo Silva (2017) a Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) pode ser definida pela presença de secreção durante a incisão cirúrgica, sendo essa classificada através dos critérios que surgem 30 dias após a cirurgia, em caso da utilização de órtese ou de prótese em até um ano. As ISCs contribuem para o aumento das taxas de morbimortalidade que ocorrem

durante o período de internação.

O controle de infecções no ambiente hospitalar é considerado um dos grandes desafios para as cirurgias, apesar de todos os avanços tecnológicos existentes. O processo de prevenção a infecção é aliada a equipe cirúrgica, para que assim sejam evitadas possíveis complicações após as cirurgias. Consta na Portaria nº2.616/1998 (BRASIL, 2017), que a infecção hospitalar é “[...] durante o processo de admissão do paciente que se manifesta durante a internação ou logo após a alta, tendo assim relação direta com os procedimentos hospitalares”.

A mesma portaria cita que um dos principais membros da Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) deve ser o profissional de enfermagem. Isso porque esse profissional é considerado um dos principais agentes da CCIH, por conta do seu conhecimento técnico que lhe permite atuar como canalizador diante dos demais profissionais da área da saúde (BRASIL, 2017).

Os fatores que contribuem para os riscos da ISC têm relação direta com os profissionais de saúde, o ambiente, os materiais e os equipamentos utilizados por esses profissionais são considerados fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados ao paciente. Os fatores intrínsecos têm relação com o paciente no período pré-operatório podendo ou não sofrer modificação como idade, história de irradiação, infecção da pele, controle de glicose, obesidade e tabagismo além dos medicamentos imunossupressores. Já os fatores extrínsecos têm relação com os procedimentos no período perioperatório que fazem parte da tricotomia e infecções pré-operatória (CUNHA; COHEN, 2017).

O surgimento da ISC depende da interação e dos fatores de risco com o paciente, sendo esses a resposta imunológica do paciente operado, capacidade de virulência do microorganismo, micro ambiência e a capacidade inoculo. Na maior parte das ocasiões é possível saber a origem da complicação cirúrgica. Porém evitar é necessário com uso de cuidados relacionados às práticas assépticas de procedimentos feitos pelos profissionais de saúde, como por exemplo: evitar a suspensão de bactérias, contaminação de instrumentos por fluidos, manipulação cuidadosa de tecidos contaminados, dispersão de portadores e da microbiota da pele (VASCONCELOS; MIGOTO; SILVA, 2018).

Todos os profissionais de saúde necessitam conhecer os fatores de risco que podem implantar possíveis medidas a serem adotadas para reduzir as ocorrências de infecção. Essas medidas têm como destaque a troca de luvas cirúrgicas, o preparo adequado da pele, escovação das mãos (cuidados com as unhas), uso de materiais ésteres, evitar contato direto com paciente no ato cirúrgico, aplicar o *checklist* de cirurgias e os demais procedimentos que são necessários durante o período pré-operatório, o intra-operatório e no pós-operatório (REIS; RODRIGUES, 2017).

O *Checklist* cirúrgico foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2008, sendo um formulário de aplicação mundial onde o principal objetivo é salvar vidas e minimizar os danos ao paciente operado. A contribuição dessa ferramenta maximiza a comunicação interna e diminui os riscos de infecção em 26% (CUNHA; COHEN, 2017).

A implantação e elaboração do *checklist* grande parte das vezes é feita por um enfermeiro, por ser um dos principais profissionais da equipe de saúde. A aplicação desse

processo traz consigo ações positivas para o atendimento do paciente e seu processo de recuperação, além de contribuir para a prevenção de riscos oriundos dos procedimentos cirúrgicos (CUNHA; COHEN, 2017).

O uso dessa ferramenta contribui para a detecção de possíveis infecções dentro do sítio cirúrgico, onde o enfermeiro através da assistência de enfermagem compreende os riscos sejam eles extrínsecos ou intrínsecos que possuem relação direta no atendimento do centro cirúrgico. Criar, planejar e executar ações que visam intervir de forma preventiva no surgimento de possíveis infecções (BORGES, 2016).

A maior parte das infecções de centro cirúrgico pode ser tratada com o uso de antibióticos, em casos mais graves o paciente pode necessitar de uma intervenção cirúrgica. Segundo Silva (2017) os profissionais de saúde devem seguir as orientações do CDC que incluem: limpeza das mãos e braços até os cotovelos utilizando um agente anti-séptico antes do procedimento cirúrgico; lavagem das mãos com água e sabão (ou uso de álcool) antes e depois do contato com o paciente; usar capa para cabelo especial; usar máscaras; usar batas e usar luvas. Esses são alguns dos cuidados necessários antes dos profissionais de saúde dentro do centro cirúrgico.

5. MEDIDAS PREVENTIVAS

As medidas preventivas dentro do centro cirúrgico têm como objetivo geral a prevenção da infecção cirúrgica, buscando assim o controle das ocorrências de infecção dentro das unidades hospitalares. As infecções do sítio cirúrgico (ISC) podem ser classificadas como eventos adversos que ocorrem com frequência e são decorrentes da assistência a saúde do paciente, onde estas podem ocasionar danos físicos, psicológicos e até mesmo sociais ao paciente, sendo classificada como uma ameaça a saúde e segurança do indivíduo (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são as que ocorrem através de uma complicação de uma cirurgia, que podem comprometer a incisão, o tecido, os órgãos ou até mesmo as cavidades manipuladas. Essas infecções podem ser diagnosticadas entre 10 a 30 dias após a realização do processo ou até mesmo depois de três meses, depende o procedimento. As Infecções do Sítio podem ser classificadas em: pele, tecido celular subcutâneo, fáscia/músculo e órgãos/espaco (NASCIMENTO, 2015).

Ressalta-se ainda que a microbiota do paciente que estão presentes na mucosa, ma pele e no trato gastrointestinal constituem uma importante fonte de patógenos, que podem gerar contaminação para o sítio manipulado. Por conta disso o desenvolvimento de ISC varia de acordo com o potencial de contaminação da ferida cirúrgica. No ano de 1964 foi elaborado o *NationalAcademyofSciences, NationalResearchCouncil* que visaram criar uma classificação para as feridas cirúrgicas, classificando o potencial de contaminação e risco (WILLIAMS; PELLICO, 2015).

Nascimento (2015) ressalta que durante a estadia do paciente que dura em média a seis a onze dias, pode aumentar por conta das chances de readmissão hospitalar, ocasionando assim mais gastos e transtornos ao mesmo. Os fatores de risco para esse tipo de



infecção são: obesidade, diabetes *mellitus*, uso de esteróides e o tabagismo.

Algumas infecções hospitalares não são passíveis do processo preventivo. Há condições do organismo do paciente que o leva a desenvolver uma infecção, mesmo este participando de todas as medidas preventivas. Quando o paciente tem uma infecção por microrganismo de sua própria microbiota, que são as bactérias que existem em diversas áreas do corpo e que em situações normais não ocasionam nenhum um tipo de dano a saúde do indivíduo (VENDRUSCULO, 2016).

Algumas das principais fontes de microrganismos que podem ocasionar as contaminações aos tecidos manipulados durante o processo cirúrgico, que favorecem o desenvolvimento da ISC são endógenas, ou seja, são provenientes do próprio paciente. Os microrganismos mais frequentes isolados nas ISC são os que fazem parte da composição da microbiota do paciente, como os que fazem parte da composição da microbiota da pele e o sítio manipulado (ANVISA, 2013).

Como exemplo os que fazem parte como os cocos Gram-positiva presentes na pele (*Staphylococcuscoagulase negativa*) que são os agentes mais comuns em cirurgias limpas e as bactérias Gram-negativas e anaeróbias que estão presentes em ISC logo após os procedimentos contaminados ou parcialmente contaminados (CAMPOS, 2016).

Grande parte das infecções pode ser prevenida, desde que sejam adotadas medidas preventivas e recomendações necessárias que minimizem os riscos de contaminação. Grande parte das instituições de saúde e os profissionais responsáveis são os responsáveis por esse tipo de adoção de prevenção, que são distribuídas entre os cuidados pré, trans e pós-operatório (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado uma das unidades mais importantes, complexas e específicas do setor hospitalar, no qual são compartilhados inúmeros processos e subprocessos, ligados direta ou indiretamente à produção de cirurgias, por vezes estressantes, que podem afetar a qualidade da assistência prestada (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017). Diante dos diversos riscos presentes no CC, cabe ao enfermeiro e à equipe cirúrgica vigilância constante, uma atuação de forma preventiva e planejamento de ações que garantam a segurança do paciente em todas as etapas do procedimento anestésico-cirúrgico (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Pode-se considerar que a prevenção e o controle de IRAS são inerentes aos cuidados de enfermagem e mesmo consideradas medidas simples, podem ser efetivas para prevenir e reduzir riscos e danos. Para este empreendimento, a figura do enfermeiro-líder se destaca por encontrar-se na linha de frente do processo assistencial, sendo o sujeito que pode deflagrar as estratégias de liderança adotadas para implementação de ações planejadas (MIRANDA *et al.*, 2016).

A ISC é considerada, quando apresenta resultados elevados em cirurgias limpas, sinaliza falha técnica nos processos cirúrgicos, comprometendo a recuperação dos pacientes. É importante lembrar que as medidas de prevenção são de responsabilidade dos envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico. É necessário, portanto, que os profissionais estejam cientes da importância de se adotar medidas preventivas (SILVA *et al.*, 2015).

Para o enfermeiro, uma das formas de avaliar a qualidade da assistência de Enfermagem no CC é o registro adequado de todas as atividades realizadas pela equipe, o que torna necessária a implantação de um procedimento que avalie a eficácia desses registros (MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, 2016). Nesse sentido, os registros de Enfermagem devem ser considerados pela equipe de saúde um meio de comunicação escrita e efetiva, que facilita a coordenação e a continuidade do planejamento das atividades em saúde (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Destaca-se algumas medidas preventivas recomendadas em geral, como a não remoção dos pelos, ou nos casos de remoção utilizar o tricotomizador elétrico, banho pré-operatório com antisséptico, profilaxia antimicrobiana cirúrgica entre 30 e 60 minutos antes da cirurgia, uso do capote pela equipe cirúrgica, luvas cirúrgicas estéreis, máscaras e gorros, cobrindo os cabelos durante as cirurgias. Evita-se fortemente o uso de acessórios pela equipe cirúrgica nas mãos e braços (OLIVEIRA; GAMA, 2015).

Já em relação ao ambiente, pode-se salienta estratégias como: preservação da porta fechada durante todo o procedimento cirúrgico, exceto para a passagem de equipamentos/materiais e profissionais, limitação do número de pessoas ao estritamente necessário nas salas operatórias, conservação da pressão positiva nas salas de cirurgias, manutenção da temperatura e umidade adequada nas instalações, limpeza do sistema de ar condicionado, limpeza terminal na sala de cirurgia, troca frequente das luvas cirúrgicas sugerida preferencialmente a cada 90 minutos, uso do enluvamento duplo e descolonização da equipe cirúrgica (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017). É importante salientar também que mesmo com todos os instrumentos disponíveis ainda é evidente a dificuldade do enfermeiro em implementar práticas de prevenção e controle de ISC.

Amaral, Spiri e Bocchi (2017) observaram que os enfermeiros não possuem contato teórico e/ou prático com o as práticas preventivas e de controle das infecções do sítio cirúrgico durante a graduação, não sendo o conteúdo contemplado nos currículos da maior parte dos estabelecimentos de ensino. Dessa forma, a falta de informação se apresenta como uma das razões da dificuldade de os enfermeiros utilizarem procedimentos. Assim sendo, há a necessidade urgente de que esse conteúdo seja revisto e considerado pelos cursos de graduação (CARVALHO, 2017).

Outra dificuldade relatada pelos autores supracitados é a dificuldade em utilizar os procedimentos de qualidade é o fato de desconhecerem a sua aplicação. Nesse sentido, é importante que os procedimentos sejam compreensíveis pelos usuários da informação. Eles precisam ser gerados, manejados de forma regular e organizada, tornando-se instrumentos valiosos para a avaliação e gestão. Com relação ao acúmulo das atividades atribuídas ao enfermeiro dentro da unidade de saúde e, conseqüentemente, à sobrecarga de trabalho, ambas apontadas como principais causas dificultadoras de se trabalhar com procedimentos, fazendo necessária uma reflexão que analise criticamente essas atividades, com o propósito de reorganizar o processo de trabalho desse profissional dentro de suas unidades (MIRANDA *et al.*, 2016).

Em virtude das evidências, nota-se que o número reduzido dos profissionais de Enfermagem impede a aplicação e criação de ações com qualidade e segurança. É urgente que a administração das instituições seja sensível a essa demanda, possibilitando mudanças positivas para a instituição, o profissional e o paciente (AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Sugere-se uma forma de padronizar e facilitar a implantação, coleta e análise dos procedimentos através do uso de sistemas informatizados. Esses sistemas contam com bancos de dados interativos, interface intuitiva, de fácil manuseio e atrativa do ponto de vista pedagógico, tendo o enfermeiro uma ferramenta moderna de trabalho, capaz de verificar e contribuir para a qualidade de seu serviço (LABBADIA *et al.*, 2011 *apud* AMARAL; SPIRI; BOCCHI, 2017).

Os enfermeiros, mesmo diante de tantas dificuldades relacionadas ao uso dos procedimentos, consideram esses meios importantes para o desenvolvimento do trabalho e ponderam que o uso de seus resultados como instrumentos estratégicos reverte em melhorias para a prática assistencial, possibilitando a avaliação do desempenho da Enfermagem (MIRANDA *et al.*, 2016).

Cabe ao enfermeiro do CC implantar, analisar criticamente e monitorar os procedimentos necessários para qualificar a assistência de Enfermagem, bem como promover a interação entre os profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico, de modo a prevenir os riscos e controlar as complicações (NASCIMENTO, 2015). O envolvimento de todos os membros de uma instituição no processo de implantação e utilização dos procedimentos de qualidade é a força que viabiliza o alcance de resultados satisfatórios dos processos de trabalho. Mais importante, garante a prestação de uma assistência de Enfermagem segura, com qualidade e baseada em evidências.

5. CONCLUSÃO

As infecções cirúrgicas dentro dos hospitais são comuns, sendo essas responsáveis pelo aumento do custo de internação por se tratar de tratamentos com valores elevados e prolongar a estadia do paciente. Nesse contexto esse tipo de complicação é considerado como uma das mais temidas pelos profissionais de saúde, pois podem ocasionar danos e seqüelas irreversíveis ao paciente.

Os riscos de infecção de Sítio Cirúrgico envolvem fatores intrínsecos que tem relação com a idade, obesidade, desnutrição e outros fatores e com os fatores extrínsecos que tem relação direta com a cirurgia que vão desde o processo de higienização das mãos até a esterilização do ambiente. Alguns fatores podem ser modificados e controlados se houverem protocolos de prevenção aplicados de maneira correta.

Diante do exposto, foram observados os desafios dos enfermeiros para por em prática as práticas preventivas e o controle de infecções que ocorrem dentro do sítio cirúrgico, onde o conhecimento teórico e prático contribui para dar mais estabilidade a esse tipo de trabalho. Ressalta-se ainda que esse profissional tem ligação direta com o controle e prevenção de procedimentos que buscam minimizar as infecções no sítio cirúrgico.

É fundamental evidenciar que mesmo com as inúmeras tecnologias já existentes e utilizadas no prognóstico, tratamentos e exames que contribuem para o desenvolvimento de drogas que combatem essas infecções, os protocolos de prevenção são essenciais. A periculosidade e gravidade dessas infecções podem ser desconhecidas, quando não acompanhadas de maneira correta.

Ressalta-se ainda que o controle de infecção do sítio cirúrgico é realizado através de cuidados minuciosos por profissionais de saúde que estão inseridos nas cirurgias ou preparação de materiais para serem utilizados na mesma. O cuidado para não ocorrer infecção deve-se iniciar antes mesmo do processo de cirurgia, uma característica de vários profissionais sendo assim predominante como papel do enfermeiro.

Por fim, finalizamos afirmando que o controle de infecção do sítio cirúrgico é um assunto que precisa ser estudado constantemente, inclusive no meio dos profissionais da área da saúde, devido seu alto índice de prática. Nosso objetivo não foi esgotar com o assunto, dessa forma, há muito ainda a ser estudo. Além disso, percebemos que há poucos estudos relacionados ao tema e a abordagem sobre o assunto propõe, inclusive, a sensibilização dos futuros profissionais da área a respeito do assunto em questão.

Referências

AMARAL, Juliana Aparecida Baldo; SPIRI, Wilza Carla; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **Rev. SOBECC**, v. 22, n. 1, p. 42-51, 2017.

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde; 2013.

AZEVEDO, P. D. de. *et al.* Aspectos de motivação na equipe de enfermagem e sua influência na qualidade da assistência. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 498-517, 2016.

BORGES, ElsieStorch. **Instrumento para controle e prevenção de infecção de sítio cirúrgico em neurocirurgia**. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016. Disponível em: < <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3063/1/Elsie%20Storch%20Borges.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: **ANVISA**, 2017.

CAMPOS, Fabrício Ribeiro. **Prevalência de infecção do sítio cirúrgico em pacientes adultos num hospital geral do interior paulista**. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22-/22132/tde-17012017-160117/pt-br.php>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CAMPOS, Jéssica Lieto; JESUS, Olgair Almeida. **Higiene Hospitalar: A Importância Da Limpeza Na Prevenção De Infecções**. JACAREÍ- SP 2015, jan. 2015.

CARVALHO, Rafael Lima Rodrigues de *et al.* Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2017;25:e2848. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae25-e2848.pdf. Acesso em: 10.mar.2022.

CUNHA; Esdras Barros; COHEN, Juliana Vieira Frezza Bernardes. Aspectos relevantes da prevenção e controle de infecções hospitalares. **Saber Científico**, Porto Velho, v. 6, n. 2, p. 64 – 77, jul./ago. 2017.

DELFINO, A. M.; AMORIM, R.F. **Avaliação da Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em Hospital de Referência do Sistema Único de Saúde de Boa Vista – Roraima**. 2018. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista 2018.

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. **Centro Cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Rio Grande do Sul: 2016. 9 p.

MIRANDA Amanda Braz *et al.*, Posicionamento cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. **Rev. SOBECC**, São Paulo. Jan./Mar. 2016; 21(1): 52-58.



NASCIMENTO, D. C. **Aspectos epidemiológicos das infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas com implantes.** Dissertação (Mestrado em Saúde e em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de, GAMA, Camila Sarmento. Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipe cirúrgica. **RevEscEnferm USP** · v.49 n. 5 p. 767-774, 2015. Disponível em: <http://www.sciel-o.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0767.pdf> . Acesso em: 24 mar. 2022.

REIS, Raíssa Gabriela dos, RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Infecção de sítio cirúrgico pós-alta: ocorrência e caracterização de egressos de cirurgia geral. Rev. **CogitareEnferm.** Brasília, V. 22, n. 4, p. 1-10, Out. 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876610/51678-220463-1-pb.pdf> Acesso em: 29 mar. 2022.

SILVA, D. S. J. R. **Educação Permanente da Equipe de Enfermagem: Ações Educativas do Enfermeiro no Cenário Hospitalar.** 2015. Tese (Mestrado em Educação nas Profissões de Saúde) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Sorocaba: São Paulo, 2015.

SILVA, Juliana Krum Cardos. **Bundle para a prevenção e o controle das infecções hospitalares em serviço de emergência.** 183f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

VASCONCELOS, Márcia Vitória Gomes; MIGOTO, Michelle Thais; SILVA, Ana Carolina. O enfermeiro na execução do checklist em centro cirúrgico: uma revisão integrativa. **REVISTA GESTÃO & SAÚDE**, v 19, n. 1, p. 57-68, 2018.

VENDRUSCULO, Tatiane Meda. **Ocorrência de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central no paciente adulto crítico utilizando no sítio de saída o curativo gel de clorixidina ou filme transparente de poliuretano.** 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/di-sponiveis/22/22134/tde-04042017-150920/ptbr.php>. Acesso em: 15 mar. 2022.

TEIXEIRA, Karina Pinheiro; LINCH, Graciele Fernanda Costa; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Infecção relacionada ao vestuário em centro cirúrgico: revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 155-163, set. 2014. ISSN 2358-2871. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/108> . Acesso em: 06 mar. 2022.

WILLIAMS, Ena M.; PELLICO, Linda Honan. Enfermagem Perioperatória. In: PELLICO, Linda Honan. **Enfermagem Médico-Cirúrgica.** [Tradução Ana Cavalcanti Carvalho Botelho e Carlos Henrique de Araújo Cosendey]. - 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CAPÍTULO 22

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA

***PERFORMANCE OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM NURSE IN
THE PREVENTION OF PREGNANCY IN ADOLESCENCE***

Jercilene dos Santos Silva Costa¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

Resumo

Este Trabalho tem como proposta pesquisa sobre atuação do enfermeiro do programa saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência e apresentar algumas formas de conscientização a respeito do tema; também são abordados alguns métodos contraceptivos e os conflitos vivenciados na família quando deparam com a ocorrência da gravidez precoce, finalizado os transtornos emocionais causado em adolescentes que engravidaram precocemente. O objetivo deste trabalho é descrever os prejuízos causados pela gravidez na adolescência; Analisar a gravidez na adolescência e suas repercussões e Descrever a intervenção da enfermagem na gravidez na adolescência. No que diz respeito à metodologia, a pesquisa científica foi desenvolvida fazendo uso de revisão bibliográfica de literatura. Foram realizadas pesquisas em livros, sites com rigor científico e artigos publicados entre os anos de 2008 a 2019. Os resultados encontrados foram que os adolescentes entrevistado possui conhecimento em relação à educação sexual, o que diz respeito aos sentimentos dos adolescentes relativo á gestação foram identificados os sentimentos de alegria, medo, tristeza e surpresa. Foi evidenciado que mesmo diante do susto da insatisfação, surpresa e decepção, os pais (família) estão presente nessa nova fase das adolescentes, todas as entrevistadas tiveram apoio dos namorados, em relação a gravidez precoce, mesmo com o apoio dos namorados os pais estão presentes e atuam como companheiros, a maior parte das adolescentes usava como métodos contraceptivos a pílula anticoncepcional e a camisinha, onde as mesmas participavam do planejamento Familiar na unidade básica de saúde junto com enfermeiro de sua unidade, pois segundo elas mesmo tendo consciência dos riscos, não realizava o sexo com proteção, pensava que isso nunca iria acontecer com elas. Após a realização do trabalho foi concluído que a gravidez na adolescência ainda e um grande problema social.

Palavras chave: Adolescente, Enfermagem, Gravidez.

Abstract

This work proposes a research on the role of nurses in the family health program in the prevention of teenage pregnancy and to present some forms of awareness on the subject; some contraceptive methods and the conflicts experienced in the family when faced with the occurrence of early pregnancy are also addressed, ending the emotional disorders caused in adolescents who became pregnant early. The objective of this work is to describe the damage caused by pregnancy in adolescence; To analyze teenage pregnancy and its repercussions and to describe the nursing intervention in teenage pregnancy. Regarding the methodology, the scientific research was developed using a literature review. Research was carried out in books, websites with scientific rigor and articles published between the years 2008 to 2019. The results found were that the adolescents interviewed have knowledge about sex education, which concerns the feelings of adolescents regarding pregnancy were identified feelings of joy, fear, sadness and surprise. It was evidenced that even in the face of dissatisfaction, surprise and disappointment, the parents (family) are present in this new phase of the adolescents, all the interviewees had the support of the boyfriends, in relation to early pregnancy, even with the support of the boyfriends the parents are present and act as companions, most of the adolescents used the contraceptive pill and condoms as contraceptive methods, where they participated in Family planning at the basic health unit together with the nurse of their unit, because according to them, even though they were aware of the risks, I didn't have sex with protection, I thought that would never happen to them. After carrying out the work, it was concluded that teenage pregnancy is still a major social problem.

Key-words: Adolescent, Nursing, Pregnancy

1. INTRODUÇÃO

A adolescência, em decorrências das inúmeras transformações, sejam elas de ordem física ou psicológica, representa também um expoente de preocupação, por se tratar de um período que requer um cuidado maior, considerando inclusive a prevenção contra doenças que são transmitidas através do contato sexual sem proteção, e, especialmente com a gravidez precoce de muitas jovens, justamente pela ausência de acompanhamento, e, sobretudo de informação. São amplamente capazes de atuar nesse sentido.

Dado o exposto, ressalta-se a necessidade de aproximação dos atendimentos de saúde da população, ou seja, oferecer orientações quanto à prevenção e como a gravidez pode ser evitada na adolescência. Nesse sentido, ressalta-se a contribuição do profissional da Enfermagem ao inserir-se nesse espaço, o qual em conjunto com os demais membros desta comunidade, poderão desenvolver estratégias com a finalidade de promover a conscientização do público jovem acerca dos riscos das relações sexuais sem proteção e consequências de uma gravidez precoce.

A justificativa desse tema se deu pelo número crescente de adolescentes grávida, pois carência de conhecimento acaba ocasionando uma gravidez indesejada que desestabiliza toda família, nesse conjunto a atuação do enfermeiro do programa saúde família é essencial, pois através de um trabalho de orientação é admissível levar as adolescentes a uma meditação profunda sobre o risco de uma gravidez precoce.

Diante do que foi relatado, apresentou-se como problema de pesquisa: Qual a importância do Enfermeiro frente a prevenção da gravidez na adolescência? Nesse sentido, a pesquisa teve como objetivo geral Compreender o trabalho do Enfermeiro no Programa de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência.

Enfatizaram-se os objetivos específicos foram: descrever os prejuízos causados pela gravidez na adolescência; analisar a gravidez na adolescência e suas repercussões; e apresentar a intervenção da enfermagem na gravidez na adolescência.

No que diz respeito à metodologia, a pesquisa científica foi desenvolvida fazendo uso de revisão bibliográfica de literatura. Foram realizadas pesquisas em livros, sites com rigor científico e artigos publicados entre os anos de 2008 a 2019. Para viabilizar a relação das pesquisas e buscar foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Adolescente, Enfermagem, Gravidez.

2. IMPACTOS E PREJUÍZOS CAUDADOS PELA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Existem várias causas do problema entre o que evidencia a falta de educação sexual, a dispersão mundial de doenças sexualmente transmissíveis e HIV AIDS, abortos, filhos indesejados ou planejados, famílias de mães solteiras, aumento de divórcios, incluindo



deserção escola entre outros.

Nesta ordem de ideias, vale notar a escassez de valores morais e espirituais na população juventude em todo o mundo. Gravidez não só acometem mulheres grávidas jovens, também gerações futuras (um fenômeno chamado transmissão geracional), além da economia do país onde se desenvolvem; especialmente aqueles em processo de crescimento. (FIGUEIREDO, 2011).

Além do acima, encontra pobreza e faltam de educação, Fatores que aumentam o risco de gravidez consequentemente gerando deserção escola e a falta de oportunidades trabalhista, entre outros. A maternidade no adolescente afeta a falta de oportunidades para se desenvolver adequadamente em termos de seu ambiente social e da comunidade onde vivem, causando o abandono da escola, baixa autoestima, todos contribuem significativamente à repetição da pobreza De geração a geração.

Conforme aponta Matos (2016):

Pobreza, Baixa Educação e Falta de As oportunidades aumentam os riscos gravidez na adolescência” destaca que a pobreza e falta de oportunidade diretamente associado à gravidez adolescência e maternidade precoce que torna-se um impedimento para desenvolvimento futuro das mulheres.

Portanto, conclui-se que a gravidez na adolescência, além de ser um problema que merece estudo e sua urgência solução é um fenômeno sociológico digno de análise rigorosa das consequências que implica tanto para a jovem mãe como para o filho, sua companheira e seus parentes. Na maioria casos, eles devem abandonar seus estudos para dedicar-se ao trabalho e produzir dinheiro para a educação do recém-nascido (MATOS, 2016).

Proporcionar benefícios a uma população adolescente envolve educação sexual concedido pela sociedade, que promove a desenvolvendo uma sexualidade saudável: avançando Paralelo a outras facetas da evolução treinamento intelectual, físico e emocional de personalidade. Se as políticas públicas de a saúde global se concentrarão adequadamente para a prevenção da gravidez em adolescentes, estatísticas atuais mudaria radicalmente as pessoas jovens devem ter conhecimentos básicos sobre concepção, gravidez, doenças de transmissão sexual e AIDS, métodos anticoncepcionais, sem crenças distorcidas ou estereótipos, com precisão e naturalidade (MATOS, 2016).

Para uma adolescente, a gravidez significa uma adaptação singular: ela será mãe e, portanto, assumirá uma série de responsabilidades com o que deve mudar seu estilo de vida. É frequente que as jovens grávidas expressar uma gama de emoções eles sabem dirigir na presença de sua gravidez como alegria, amor, medo, raiva, confusão, tristeza, pânico, irritabilidade, além de sentimento de culpa gerado pelas crenças e estereótipos sobre a maternidade.

Por isso, a importância de um atendimento oportuno educação sexual em casa, na escola e na a comunidade pretendia fornecer orientação clara e precisa sobre as consequências de um encontro sexual espontâneo. No período de adolescência, muitas jovens experimentam sentimentos de solidão que fingem evitar socializar com o sexo oposto, situação que gera contato físico subsequente não planejado. Alguns adolescentes, em

sua busca de aprovação considerar sexo como um mecanismo para estabelecer relacionamentos com os homens. Outros simplesmente cedem a pressão do grupo social onde desenvolver procurando orientação nas jovens pessoas inexperientes da mesma idade com padrões de comportamento (ROCHA,2012).

Portanto, vale destacar a escassa comunicação entre adolescentes e seus pais portanto, eles são geralmente limitados a informações fornecidas pelos colegas aqueles que têm deficiências iguais ou maiores informativo. Mulheres jovens sexualmente ativas a maioria desconhece o uso correto de um método anticoncepcional enfrentando posteriormente os efeitos da sua decisão. Então surgem as perguntas vitais: Quais são as consequências dessas gestações? São gestações planejadas e desejadas? Como a família lida? Situação? Como assumir a gravidez? (SCHUMACHER, 2011).

De acordo com o que foi dito acima, quando ocorre uma gravidez na adolescência família, a jovem é considerada como alguém que quebrou as normas sociais devido a preconceitos irracionais predominantes na Cultura patriarcal latino-americana. Chovem comentários negativos, situações e momentos na mãe e no feto, causada pela falta de educação sexual que permita vislumbrar a realidade sob uma abordagem diferente. Moreira (2012) afirma que a família desempenha um papel muito importante em termos de atendimento às gestantes, para que o produto da concepção é uma criança saudável, feliz e desejado.

Nessa ordem de ideias, a maternidade em adolescentes e sua relação com a educação sexual, o ambiente familiar, os contextos sociocultural e emocional representam situações que precisam ser tratadas para combater seus efeitos positivamente. A adolescência é um momento de vulnerabilidade especialmente quando você está em situações de risco e fragilidade em laços familiares e sociais.

Desde o início da gravidez o corpo da adolescente passa por transformação importante, até então desconhecido. Da mesma forma, a jovem deve interromper suas atividades, tais como: brincar, praticar esportes e Ele até abandona a escola por vergonha. O a afetividade fica comprometida, sentimentos podem ser encontrados positivos e negativos. Figueiredo (2012) refere que no primeiro trimestre de gravidez na adolescência apresentam surpresa, angústia, preocupação e negação ou aprovação é muito importante. Muitas mulheres jovens optam por não informar seus pais sobre a gravidez, eles preferem escondê-la até que se torne aparente; se encontram hipersensíveis e choram facilmente.

Neste contexto, já no segundo trimestre melhora o bem-estar físico e começa a sentir os movimentos fetais existir adolescentes que aceitam a referida gravidez e eles se sentem felizes. No terceiro trimestre, mudanças perceptíveis sintomas físicos da gravidez, causando sensibilidade e várias mudanças emocionais; você pode ser feliz e depois de alguns minutos mostra tristeza. Quando o nascimento da criança se aproxima, o adolescente apresenta angústia, medo e cansaço.

De acordo com o exposto acima, a adolescente grávida sem querer pode apresenta pensamentos negativos e se cerca de eventos que não a favorecem em sua situação que geralmente responde à falta de valores emocional, social e psicológica, devido baixa autoestima, entendendo-a como auto aceitação e autoestima em relação a um em si, aliada ao sentimento de competição e valor pessoal.



O autoconceito é aprendido, é a avaliação feita pelo indivíduo de si mesmo e da assimilação e internalizando a opinião dos outros. As grávidas têm baixa autoestima devido à sua insegurança, o aumento justificativo pessoal, a eficiência de habilidades pessoais para resolver situações incluindo o aumento dos medos e de rejeição pela sociedade (MATOS, 2016).

Por isso, a jovem, pela idade, não tem a desenvolvimento psicológico adequado para a maternidade e a gravidez nessa idade é considerada como um problema social e cultural. Ela se depara com uma mudança drástica abruptamente de filha para mãe com obrigações, sem tempo e espaço para amadurecer.

3. GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES E SUAS REPERCUSSÕES

A adolescência é marcada por uma série de ressignificações, tendo em vista que o indivíduo passa-se a ter uma nova visão de mundo, sobretudo no que diz respeito às responsabilidades e ao corpo, que passa por relevantes modificações: as meninas e meninos desenvolvem características adultas. Neste contexto, onde as transformações físicas são evidentes, entra em cena a questão sexual, que passa ser mais impactante, pois, com a chegada da puberdade e as mudanças hormonais, a libido sexual se torna latente (FIGUEIREDO, 2011).

Ao adquirir personalidade própria, o jovem geralmente distancia-se da família, procurando maior autonomia. Com isso sua vida social se modifica, para preferir companhia de outros adolescentes, recusando a de irmãos e de pais. Os amigos da mesma idade passam a ser mais importante, começa a se vestir de acordo com o figurino do grupo e falar sua linguagem, a frequentar lugares diferentes, chegar mais tarde em casa (ROCHA, 2012).

Azevedo et al. (2015), nos chama a atenção para a forma como o adolescente em fase de amadurecimento passa a compreender não apenas o seu corpo, mas ainda está em processo de compreender sua vida sexual. Registre-se que a vida sexual não se trata apenas da prática sexual, mas tudo aquilo que está relacionado com isso, tais como as inúmeras doenças que podem ser transmitidas em casos onde não há a proteção adequada – isto fruto da falta de orientação – e dentre as principais consequências está à gravidez precoce.

De acordo com Moreira et al. (2015, p. 213), “[...] está associada com o não uso ou uso inadequado dos preservativos e suas consequências, ou seja, gravidez precoce, DSTs e AIDS, além de estar associado com o uso do tabaco, consumo de álcool e outras drogas”. Desse modo, tem-se observado a crescente dos casos de gravidez entre adolescentes nos últimos anos, além do risco eminente de doenças sexualmente transmissíveis.

Diversos são os aspectos considerados negativos relacionados a uma gravidez precoce. Para Rocha (2012), a gestante adolescente vê-se na contingência de expor sua gestação ao juízo crítico da comunidade a que pertence. Destaca-se que dentre as principais consequências da gravidez precoce na adolescência está o abandono da escola, justamente pelo fato de não ter alguém que possa tomar conta das crianças, baseado nisto, Matos

et al. (2016), acentua que o Brasil, é um dos países que mais tem implantado políticas públicas voltadas para a saúde, dentre elas as que buscam conscientizar os adolescentes quanto à gravidez precoce.

Cumprir mencionar que a ausência de diálogo, a falta de informações, contribui para mudanças drásticas na vida dos adolescentes e deste modo, a atuação do assistente social compreende-se na articulação e ampliação da democracia das políticas sociais, atuando em atendimento direto aos usuários, sendo este um profissional mediador, que atua na implementação de projetos de prevenção e ainda tem por responsabilidade o desenvolvimento de ações educacionais que possibilitam a inclusão social dos sujeitos envolvidos (ROCHA, 2012).

A gravidez na adolescência traz consigo um alto risco de complicações para a saúde da mãe e do filho; Essas complicações devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde e especificamente pelos profissionais de enfermagem, a fim de detectar riscos precoces e prestar cuidados oportunos e de qualidade às mulheres adolescentes grávidas.

Do papel do profissional de enfermagem é necessário educar e dar apoio aos adolescentes sobre as implicações da gravidez em idade precoce, mesmo a partir dos níveis de intervenção a partir de a enfermeira que poses Henderson se pode contribuir a partir de Maneira apropriado por reduzir as complicações do adolescente e do filho por nascer S subsequentemente do Menino (ROCHA, 2012).

As mulheres adolescentes grávidas estão mais predispostas a complicações, O que a hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, baixo ganho de peso, anemia, trabalho de parto prematuro, hemorragia, trabalho de parto prolongado, lesão no nascimento e desproporção cefalopélvica; da mesma forma, as adolescentes grávidas correm maior risco de sofrer violência e abuso sexual, recorrendo a métodos perigosos para abortar, demora no atendimento às complicações decorrentes do aborto por medo da censura, aumento do risco de adoecimento e morte e maior número de filhos. o fim de sua vida reprodutiva; da mesma forma, a literatura relata que esses riscos na gravidez aumentam quando associados a menor nível socioeconômico, evasão escolar, baixa auto-estima e parceiro ausente ou instável (ROCHA, 2012).

A idade das adolescentes grávidas é um fator que Eu sei tem que tenho dentro projeto de lei ao refrear cuidar de Enfermagem, Já que Está afeta dentro as complicações que podem ocorrer. Nesse sentido, na Colômbia, um estudo realizado pelos médicos Domínguez e Herazo, relata que adolescentes de 13 a 15 anos têm maior risco do que adolescentes de 16 a 18 anos de apresentar pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e parto por Cesariana (VIGNOLI, 2018).

Anemia e síndrome hipertensiva da gravidez têm sido patologias encontradas por muitos autores como complicações comuns entre adolescentes grávidas. Um estudo realizado na República do Panamá relatou que em um grupo de mulheres adolescentes, os distúrbios hipertensivos da gravidez diminuíram com o avançar da idade, sendo a gravidez na adolescência um fator de risco para o desenvolvimento da patologia. Em relação à anemia, identifica-se que é uma das complicações mais frequente dentro a gravidez E isso é mais comum dentro mulheres com uma dieta inadequada, como é o caso dos menores de 20 anos, onde os caprichos e maus hábitos alimentares a idade contribuir ao déficit a

partir de ferro (VIGNOLI, 2018).

Em relação ao trabalho de parto prolongado, lesões no decorrer a Aniversário uma a desproporção cefalopélvica, a literatura relata que isso se deve principalmente a uma falta a partir de crescimento a partir de a pelve materna, o que em adolescentes condicionaria maior incidência de desproporção cefalopélvica, constituindo está uma importante causa de trabalho a partir de Aniversário arrastado Aniversário instrumentado e por cesariana; A desproporção cefalopélvica em adolescentes grávidas muitas vezes determina o desenvolvimento de trabalho de parto prolongado e parto laborioso, o que pode influenciar na condição imediata do recém-nascido. (VIGNOLI, 2018).

O povo adolescente, além disso no decorrer a gravidez, pode apresentar alterações emocionais, pois deve assumir uma multiplicidade de papéis adultos, principalmente a maternidade, para a qual não é psicologicamente maduro, já que, segue ser menina cognitivamente, afetivamente e economicamente, aguçando esta ainda mais dentro a caso a partir da primeira adolescência. É assim que a mãe adolescente um nível psicológico maior apresentar problemas emocionais como depressão, síndrome do fracasso materno, sentimento de perda da juventude e até suicídio (NOBLEGA, 2017).

Infelizmente, as consequências danosas não se limitam ao ponto de vista biológico, a estes juntam-se outros a nível social, como a deserção escolar, uma vez que a mãe adolescente costuma interromper ou abandonar os estudos e raramente os retoma mais tarde; incorporação precoce na vida profissional, desequilíbrio na integração psicossocial, má preparação para o desenvolvimento uma relação satisfatório com a filhos, produzindo a filho dentro adoção, a tenho a filho não desejado e uma vezes maltratado (NOBLEGA, 2017).

Nas adolescentes grávidas, a evasão escolar leva a um baixo nível educacional, o que reduz a possibilidade de acesso a um trabalho decente que permite satisfazer ao menos suas necessidades básicas. A baixa escolaridade que atingem e a dificuldade por reintegrar ao sistema escola, tem a efeito negativo (NOBLEGA, 2017).

4. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A taxa de gravidez na adolescência vem aumentando em relação à taxa de gravidez de mulheres adultas, tornando-se um problema de saúde pública que precisa ser debatido pela sociedade e profissionais de saúde. O Ministério da Saúde aconselha que os profissionais de saúde prestem um atendimento humanizado e de maneira responsável para esse público.

Cabe a Equipe de Saúde da Família desenvolver ações de atenção primária e organizar a rede de saúde do seu território, bem como promover articulações intra e inter-setoriais, estabelecendo parcerias e corresponsabilidades para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas a prevenção de agravos, promoção e assistência a saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2013).

O enfermeiro deve incentivar o adolescente a agir em nome da sua saúde e bem-

-estar, e na garantia dos seus direitos, quanto à acessibilidade aos serviços de saúde, de forma integral e ações que promovam o empoderamento, autonomia e auto-cuidado (ROCHA et al., 2012). A enfermagem e toda a equipe de saúde da família têm um papel de extrema importância, pois tem uma visão ampla de cuidado, contribuindo para as ações de uma assistência humanizada. Esses profissionais atuando também dentro das escolas, levando a uma junção entre saúde e educação buscando a diminuição da gravidez na adolescência.

Segundo Rocha et al. (2012) um ambiente acolhedor de promoção e proteção, mediado pela enfermagem, com ações voltadas aos princípios da atenção como respeito, privacidade, confidencialidade e sigilo, deve fortalecer a autonomia do adolescente. Isso possibilita uma relação de vínculo e um ambiente seguro, permitindo que o adolescente tenha uma vida sexual mais responsável.

Poucos serviços de saúde oferecem um atendimento de qualidade aos adolescentes em relação ao planejamento familiar, a tríade família x saúde x escola ainda não estão preparados para fornecer informações e orientações necessárias para este público. Na maioria das vezes não existe um atendimento específico para o adolescente, ele é atendido junto com as outras pessoas.

O serviço de saúde deve proporcionar uma atenção e qualidade eficaz, uma boa comunicação, linguagem simples e sem julgamentos, confidencialidade das informações, privacidade no atendimento e disponibilidade de insumos (GARCIA et al., 2019). Os profissionais além de acolher devem levar em consideração a individualidade de cada um para atender de acordo com suas necessidades.

Durante a consulta de planejamento familiar devem-se retirar todas as dúvidas e passar todas as orientações a respeito dos métodos disponíveis, além de realizar anamnese com atenção a sinais e sintomas clínicos, exame físico, ginecológico e agendar retorno.

Segundo Brasil (2014) os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis, mas existem alguns métodos que não são adequados para essa fase como:

- O DIU não é recomendado para as adolescentes que tem mais de um parceiro sexual e que não usam camisinha nas relações sexuais pelo risco de contrair IST's. E não deve ser utilizado nas jovens que nunca tiveram filho pelo risco de expulsão.
- A laqueadura tubária e a vasectomia.
- Os métodos da tabelinha, muco cervical e da temperatura basal são pouco indicados, pois exigem do adolescente disciplina e planejamento, e as relações sexuais nessa fase não são planejadas.
- A minipílula e a injeção trimestral não devem ser usadas antes dos 16 anos.

Destaca-se a importância da inclusão do adolescente nos serviços de saúde, participando dinamicamente do seu desenvolvimento, fazendo com que eles adquiram a capacidade de se ver como participante em prol da sua saúde.



Para ter um impacto positivo, a gravidez na adolescência deve ser abordada globalmente, com o objetivo de oferecer soluções abrangentes. Essas soluções devem partir das diversas áreas que compõem a sociedade, buscando prioritariamente a participação ativa da população adolescente e de suas famílias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições de trabalho a que os enfermeiros nos PSF estão submetidos são precárias, faltam materiais educativos, estrutura física adequada para os atendimentos e para as atividades educativas; associados a esses fatores estão os inúmeros programas que eles devem desenvolver dentro da Unidade de Saúde, o que impossibilita o desempenho pleno voltado aos adolescentes.

Foi verificado que a atividade sexual na adolescência tem se iniciado em idade cada vez mais precoce, com consequências indesejáveis, como o aumento do número de gravidez na adolescência, fato que tem sido objeto de preocupação, pois a gestação, assim como o parto e a maternidade, é problema peculiar, que, quando ocorre nesta fase da vida, traz múltiplas consequências à saúde física e aos aspectos emocionais e econômicos.

Conclui-se que o tema gravidez na adolescência precisa ser trabalhado de forma mais consistente principalmente na família, escola, em fim em todo âmbito social, pois o excesso de exposição da mídia faz com que o tema seja discutido, porém não demonstra muitas vezes prejuízos emocionais, assim a importância da atuação do enfermeiro se faz necessária como profissional da área da saúde tem a contribuir para prevenção da gravidez na adolescência.

Referências

CLEMENTE g. Vozes, silêncios S Gritos: a significados da gravidez dentro a adolescência S a estilos pais educativos . **Rev. Argênteo. Sociol.** 2009 ; 7 (1 3): 186-213 .

FIGUEIREDO, Charles Barros de. **O trabalho do assistente social na educação: demonstração do plano de ação na escola.** 2011. 16 f. - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GARCIA , Glorgetti M, Gonzalez M, Sartori M, Rei P. Pomata P et ao. Gravidez adolescente UMA população de risco ? **Revista do Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá.** 2019 ; 2 9 (4): 1 3 9-14 3 .

MANRIQUE , Rivero UMA, ortúnio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto prematuro em adolescentes. **Rev de Obstet Ginecol Venez.** 2017

MANZO, A. J. **Manual para a preparação de monografias:** um guia para apresentar relatórios e teses. Buenos Aires: Humanistas, 1971.

MATOS, Johnata da Cruz. et al. Atuação da escola na educação sexual de adolescentes: uma revisão integrativa. **Rev. Gest. Saúde,** Brasília, v.7, n.2, 2016, p 773-92

MOREIRA, Wanderson Carneiro. et al. Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 213-220, jul. ago. set. 2015.

NÓBLEGA M. A maternidade na vida de adolescentes: implicações para a ação. Pontifícia Universidade ca-

tórico do Peru: 18. **Revista a partir de Psicologia**. 2017

OLIVA A. Desenvolvimento cerebral e tomada de risco durante a adolescência. notas a partir de Psicologia Colégio Oficial a partir de Psicologia. 2018 ; 25 (3): 2 4 3 .

PRIAS H, Miranda C. Experiências de adolescentes grávidas dentro ao controle pré-natal. **Revista Aquichan**. 2020; 9 (1): 9 3 -10 5 .

ROCHA, Heber Silveira. **Juventude e políticas públicas**: formação de agenda, elaboração de alternativas e embates no Governo Lula. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

SCHUMACHER, V. **Gravidez na Adolescência e a Estrutura Familiar**. 2011. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Norte do Paraná, Pelotas, 2011. Disponível em: . Acessível em: 23 de fev de 2021.

VIGNOLI J. Reprodução adolescente e desigualdades em América latina Caribe: a chamado uma a reflexão e uma a ação". Malho 2018 . Disponível dentro: < http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf > . _ _ _ Acessível em: 20 de Abril de 2022..



CAPÍTULO 23

ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE MAMA

BASIC ATTENTION IN COATING BREAST CANCER

Fernando Martins do Carmo¹

Luciana Coelho Carvalho Oliveira²

1 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

2 Professora, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

Resumo

Considerando que o câncer mamário possui um alto teor invasivo no corpo e no psicológico feminino, o problema estudado nesta investigação está baseado na seguinte pergunta: A atenção básica do profissional de enfermagem pode favorecer a otimização do tratamento de mulheres com câncer de mama? A partir dessa interrogativa, objetiva-se compreender a importância do profissional de enfermagem na assistência ao tratamento de mulheres portadoras da neoplasia mamária. Dessa maneira, a metodologia da pesquisa é bibliográfica com uma abordagem qualitativa, com amparo teórico em pesquisadores das ciências da saúde. Os resultados da pesquisa demonstram que as práticas de autocuidado, que incluem o hábito do autoexame, e conhecimento corporais, realização de exames clínicos periódicos, podem prevenir diagnósticos tardios e promover a detecção prévia do câncer de mama, o que contribui para a elevação da qualidade de vida da população feminina, portanto, a atenção primária de enfermagem com suas técnicas e cuidados humanizados, mostra-se eficaz nesse processo.

Palavras-chave: Câncer mamário, Autoexame, Exames clínicos, Atenção básica, Enfermagem

Abstract

Considering that breast cancer has a high invasive content in the female body and psychological, the problem studied in this investigation is based on the following question: Can the primary care of the nursing professional favor the optimization of the treatment of women with breast cancer? From this question, the objective is to understand the importance of the nursing professional in assisting the treatment of women with breast cancer. Thus, the research methodology is bibliographic with a qualitative approach, with theoretical support in health science researchers. The research results demonstrate that self-care practices, which include the habit of self-examination, body knowledge, performing periodic clinical examinations, can prevent late diagnoses and promote the early detection of breast cancer, which contributes to raising the quality of life. life of the female population, therefore, primary nursing care with its techniques and humanized care proves to be effective in this process.

Key-words: Breast cancer, Self-examination, Clinical examinations, Primary care, Nursing



1. INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado como uma enfermidade que apresenta mutações constantes de genes que controlam a multiplicação de células, resultando em malignização. Nesse sentido, a ocorrência de interrupção na regulação do desenvolvimento dos tecidos, é que gera as doenças oncológicas. Perante isso, os genes que regulam o crescimento e a diferenciação das células são alterados, e tais mudanças transmutam as células normais em cancerígenas.

Nesse hiato, de acordo com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer da Organização Mundial da Saúde (IARC/OMS), a incidência mundial de câncer dobrou nas últimas três décadas. Assim sendo, as doenças oncológicas representam quase 17% dos óbitos de causa conhecida no país, constituindo-se na segunda causa de morte da população.

Diante disso, dentre um dos cânceres mais comuns e temidos é o câncer de mama que acomete um grande número de mulheres. Mostra-se como uma enfermidade complexa e da série das heterogêneas apresentando distinções na pré e pós-menopausa, e também diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático, afetando especialmente mulheres após os quarenta anos de idade.

Nesse íterim o presente trabalho pretende demonstrar a importância do profissional de enfermagem na assistência às mulheres portadoras de câncer de mama, evidenciando a atenção básica desenvolvida durante e após a constatação da patologia. A partir disso a investigação pretende angariar contribuições e reflexões ao graduando em saúde.

Assim sendo, a atenção básica do profissional de enfermagem pode favorecer a otimização do tratamento de mulheres com câncer de mama? O problema em questão está ancorado nas práticas assistenciais com o intuito de legitimar a relevância do enfermeiro no tratamento da mulher com câncer de mama, demonstrando que seu estímulo relacional e afetivo é capaz de minimizar os sofrimentos da paciente.

Esta investigação é bibliográfica e tem como objetivo geral compreender a importância do profissional de enfermagem na assistência ao tratamento de mulheres portadoras de câncer de mama. Além disso, tem como objetivos específicos conhecer o contexto geral do desenvolvimento do câncer mamário, apresentar os procedimentos que se referem à prevenção e tratamento dessa neoplasia e demonstrar a importância do enfermeiro nesse processo.

Na coleta de dados foram selecionadas obras que corroboram com o tema e objetivos do trabalho, tais como os livros "Guia prático de saúde: tipos de câncer" (2015), "Câncer de mama e de colo de útero" (2015) e artigos existentes na biblioteca eletrônica Scielo, Revista Brasileira de Cancerologia, Revista Saúde e Sociedade, Revista Ambiente Acadêmico, Revista Eletrônica Gestão e Saúde, Revista Cadernos de Medicina, Revista de Enfermagem UERJ, Revista de Enfermagem da UFSM, Revista da Escola de Enfermagem da USP e dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Silva, compreendendo os anos de 2013, 2015, 2016, 2017, 2019 e 2020. Foram excluídos trabalhos incompletos ou

que não cumpriam o proposto nos objetivos.

2. ASPECTOS HISTÓRICO-SOCIAIS E O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA FEMININO

Remetendo-se ao século XX é possível notar que as abordagens voltadas ao câncer sofreram significativas mudanças. Uma doença que antes apresentava baixa incidência mostra-se agora popularizada e cada vez mais temida pela população. Nesse sentido, todo esse panorama de transformação deve-se ao desenvolvimento do conhecimento médico, às tecnologias diagnósticas e terapêuticas modernas, às transições epidemiológicas, à ascensão da industrialização e da urbanização, dentre outros fatores (TEIXEIRA; NETO, 2020).

No que se refere ao câncer de mama, na primeira metade do século passado, a detecção da doença era realizada a partir do que os médicos obtinham com suas experiências, as quais expunham em revistas que abordavam o câncer no geral, bem como em periódicos de ginecologia. Nessa época, sabia-se pouco sobre sua ocorrência e letalidade, e o seu diagnóstico era feito, predominantemente, por meio de exames clínicos (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Dessa maneira, em 1940, já se enfatizava o diagnóstico precoce do câncer mamário como a forma mais eficaz de traçar um tratamento satisfatório. Três décadas depois, os exames de imagem que possibilitavam a visualização de lesões nas mamas ainda em estágio inicial, o crescimento do interesse feminino pela atenção à saúde da mulher, suscitaram a ampliação das discussões acerca do rastreamento do câncer de mama no âmbito médico e social (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Segundo Porto, Teixeira e Silva (2013), a partir de 1987, com a aceitação extensiva do cuidado à saúde feminina, surgiu o Programa de Oncologia (Pro-Onco) já que os especialistas em oncologia enxergavam a necessidade de haver métodos específicos para manter o controle do câncer no país. Nesse hiato, as ações destinadas ao câncer de mama restringiam-se à circulação de materiais educativos em saúde para incentivar o autoexame.

Em contrapartida, mesmo com todos os avanços na área médica e de políticas públicas, as taxas de mortalidade do câncer de mama permanecem elevadas no Brasil. Muitos estudos mostram que tais taxas continuam altas devido o diagnóstico tardio da doença, configurando-se como uma problemática que precisa de atenção.

Quando a abordagem do câncer mamário ainda era tratada como algo isolado por alguns médicos, no início do século passado, os tumores nas mamas eram detectados com mais frequência em mulheres da terceira idade e de classe social mais alta. Ainda nesse período, mesmo sem comprovação, a doença era considerada incurável, sendo que o único modo de sobreviver era realizando a chamada "masectomia radical" (TEIXEIRA; NETO, 2020).



Assim sendo, no final do século XIX e início do século XX, tal procedimento cirúrgico, apesar de ser visto como muito invasivo, era o principal meio de tratamento, visto que propiciava maiores chances de sobrevivência que outros procedimentos já utilizados até então (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Com a entrada da mastectomia radical no Brasil, notou-se um relevante crescimento nas discussões a respeito do câncer de mama, periódicos e revistas científicas da área da saúde, do tempo, apresentavam resultados apontando a expectativa de vida feminina entre 3 e 5 anos nas melhores circunstâncias, o que era considerado um ótimo progresso para os cirurgiões da época (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Contudo, ainda eram grandes os entraves no que se refere à busca por auxílio clínico no início da doença. Por um lado, as mulheres, comumente, não buscavam assistência médica, e por outro, não existia uma terapêutica efetiva contra o câncer. Dessa maneira, a omissão das pessoas em procurar ajuda médica sucedia em diagnósticos tardios, anulando, conseqüentemente, as chances de reversão (TEIXEIRA; NETO, 2020).

É válido ressaltar que, com o avanço das técnicas cirúrgicas, a colocação de próteses de silicone começou a ser inserida nesse processo. Concluiu-se também, nesse transcurso, que as cirurgias conservadoras equiparavam-se às cirurgias radicais, alcançando os mesmos objetivos, como a expectativa de sobrevivência que era quase a mesma nos dois procedimentos (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Ademais, no ano de 1959, a sistematização do campo profissional estritamente relacionado ao câncer de mama tem início com a criação da Sociedade Brasileira de Patologia Mamária. Tal instituição foi fundada na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro tendo como finalidade primordial, em seus anos iniciais, a procura da transformação da mastologia em especialidade médica (TEIXEIRA; NETO, 2020).

De acordo com Porto, Teixeira e Silva (2013), em 1990 com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas possibilidades para a expansão de ações preventivas e de promoção da saúde emergiram. No ano de 1997 foi lançado um programa chamado "Viva Mulher" com o objetivo de promover o controle dos cânceres femininos, incluindo o câncer mamário.

No entanto, ainda que muitas medidas estejam sendo colocadas em prática desde então, ao considerar as estimativas do INCA (2019) é possível constatar que atualmente, estima-se 66.280 novos casos de câncer mamário, no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022. Tal valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres.

Considerando o delineamento histórico do câncer, tem-se a doença como algo relacionado ao maldito. Uma enfermidade cruel e hostil associada, na antiguidade, à morte inevitável. Nesse sentido, vale ressaltar que até mesmo a palavra câncer era utilizada no sentido metafórico para descrever circunstâncias de destruição ou desintegração moral (FERNANDES; ALVES; CANAL, 2017).

Assim sendo, no que se refere às possibilidades de tratamento para o câncer entendendo que essa neoplasia tem seu significado atrelado ao crescimento e destruição, consi-

dera-se em muitas culturas que a doença está ligada à ideia de punição e castigo. Diante disso, esse pensamento é prejudicial resultando em danos emocionais como problemas às práticas de enfrentamento da chance do adoecimento por câncer (FERNANDES; ALVES; CANAL, 2017).

Nessa tangente, quando se trata do câncer mamário feminino, precisa-se levar em conta que a neoplasia fragiliza significativamente a portadora, por isso é importante que haja uma atenção especial numa perspectiva psicológica e social tendo em conta o panorama que se encontra essa mulher (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Nesse processo, é necessário compreender que um possível desenvolvimento do câncer de mama numa mulher, compromete toda a simbologia designada à sua mama, que marca a identidade feminina, no que diz respeito sua sexualidade e feminilidade. Através disso, pode-se refletir acerca do aperfeiçoamento do tratamento e enfrentamento dessa doença (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Como apontam Teixeira e Neto (2020), com o passar do tempo, nota-se como o câncer de mama, desde o seu rastreamento até o seu tratamento, foi angariando avanços, por meio da pesquisa e da introdução de novas tecnologias na área da saúde. Ressalta-se ainda, que o público feminino já se sensibilizou significativamente em relação ao autocuidado e busca por diagnóstico prévio, o que facilita o tratamento adequado e uma melhor qualidade de vida.

Em suma, a inserção do controle de câncer de mama, considerando uma realidade plausível para determinadas condições, é de extrema necessidade ao repertório cultural da vida em sociedade. Pois assim, pode-se assistenciar melhor essas mulheres e reduzir, nas próximas décadas, falhas de informação e atendimento destinados a esse público.

3. MEDIDAS PREVENTIVAS, RASTREAMENTO E TRATAMENTO DO CÂNCER MAMÁRIO

Nesta seção serão apresentadas as principais medidas de prevenção no que diz respeito ao câncer de mama. Além disso, será apontado como ocorre o rastreamento desta neoplasia, bem como apresentado como são abordadas as estratégias inerentes ao seu tratamento.

3.1 Medidas preventivas

O câncer de mama está entre os cânceres mais comuns e temidos. É uma neoplasia que acomete glândulas e anexos, configurando-se como perigosa, pois em sua fase inicial é silenciosa. Dessa maneira, é detectada precocemente apenas por pessoas que demonstram mais atenção ao seu corpo (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015).

De acordo com Silva, Basso e Catelli (2015) rassaltam-se que as glândulas mamá-



rias possuem a função de produzir leite, que é formado nos lóbulos e guiado aos mamilos pelos ductos. Com isso, se as células da mama passam a dividir-se de forma desordenada, é possível que ocorra a implantação de um tumor maligno, geralmente nos ductos e, raramente, nos lóbulos.

Nesse íterim, no que se refere à prevenção do câncer em questão, há uma divisão entre prevenção primária, secundária e terciária, pautando-se na intervenção e estágio de progressão da doença.

A prevenção primária consiste em controlar a exposição aos fatores propícios ao surgimento da doença, com o intuito de diminuir a quantidade de pessoas acometidas e o aparecimento de novos casos. Entretanto, há alguns fatores não mutáveis, como faixa etária, eventos reprodutivos, histórico familiar e histologia nas biópsias mamárias. Ainda assim, controlar o peso, reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas, ter uma alimentação balanceada, praticar exercícios físicos, pode prevenir o desenvolvimento da doença (OLIVEIRA et al., 2019).

No que tange a prevenção secundária, esta ocorre quando não há sinais explícitos da patologia, mas biologicamente a doença já está em estágio inicial, tendo como objetivo modificar o avanço da doença através do diagnóstico e tratamento precoces. Por isso é necessário informações abrangentes às pessoas e ao profissional da área da saúde para que sejam capazes de reconhecer com maior facilidade os sinais do câncer o quanto antes (OLIVEIRA et al., 2019).

Por sua vez, a prevenção terciária ocorre quando a doença já se manifestou e os sintomas estão aparentes e objetiva a recuperação e manutenção do equilíbrio funcional da paciente. É nesse mecanismo preventivo que se obtém a melhora na qualidade de vida, pois nesse estágio a assistência e a orientação proporcionam às pacientes mais do que uma troca de experiência, propiciando também uma recuperação biopsicossocial (OLIVEIRA et al., 2019).

Em suma, deve-se atentar aos sinais que o corpo apresenta, para que o câncer de mama possa ser rastreado previamente. Diante das considerações acerca dos três tipos de prevenção, a mulher precisa conhecer sua histologia familiar, e ainda, manter hábitos de vida saudáveis com a finalidade de reduzir os riscos de desenvolver a neoplasia mamária e ou tratá-la, se ocorrer, ainda no estágio inicial, ampliando as possibilidades de sucesso no tratamento.

3.2 Rastreamento e tratamento do câncer de mama

No sentido de diagnosticar o câncer de mama previamente, há atualmente três meios de rastreamento: mamografia, o exame clínico das mamas e o autoexame.

Partindo da mamografia, tem-se um exame de radiografia que deve ser realizado prioritariamente em mulheres que possuem mais de 40 anos de idade com o objetivo de encontrar alterações que sugiram malignidade, antecipadamente ao surgimento de sintomas (OLIVEIRA et al., 2019).

É válido ressaltar que o sintoma principiante da patologia é a presença de um nódulo indolor e endurecido na mama; entretanto, podem surgir deformidades da mama, retração da pele ou do mamilo, edema, vermelhidão, dor e presença de líquido nos mamilos. Logo, a mamografia e outros exames de imagem laboratoriais são imprescindíveis para determinar o diagnóstico (SILVA; BASSO; CATELLI, 2015).

Ressalva-se, ainda, que desde a década de 1960, no âmbito internacional, já eram utilizadas várias tecnologias para a identificação de tumores muito pequenos, e observava-se um crescente uso das imagens radiográficas para o diagnóstico prévio da doença (TEIXEIRA; NETO, 2020).

Outrossim, nesse mesmo período, dentre as estratégias de prevenção, a mamografia era tida como “tecnologia do futuro” pela área clínica. No entanto, mesmo com a existência do rastreamento mamográfico no país, o controle do câncer por autoexame e exame clínico possuía, ainda, maior adesão (TEIXEIRA; NETO, 2020).

No que diz respeito ao exame clínico das mamas, sabe-se que este mecanismo não possui comprovação científica no que se refere a redução dos óbitos por câncer de mama. Esse tipo de exame deve fazer parte do exame ginecológico e físico, sem levar em consideração a faixa etária da mulher (OLIVEIRA et al., 2019).

Não obstante, o exame clínico não detecta nódulos menores que 2 cm de diâmetro, o que demonstra sua limitação. Além disso, acentua-se que a mamografia localiza alterações que o exame supracitado não identifica, mas embora isso ocorra, o exame mamográfico não o substitui (OLIVEIRA et al., 2019).

Por sua vez, o autoexame, também não apresenta reconhecimento científico em relação à diminuição da taxa de mortalidade em decorrência do câncer mamário. Contudo, é uma exame muito importante, para o controle da saúde, pois permite a atuação da mulher no seu autocuidado, além de que tal procedimento não possui efeitos prejudiciais (OLIVEIRA et al., 2019).

Ainda segundo os mesmos autores, nos últimos anos a prática do autoexame vem sendo desestimulada pelo Ministério da Saúde, visto que apresenta baixa eficácia. Apesar disso, é válido que a mulher esteja em estado de alerta para o possível aparecimento de tumores mamários, sendo orientadas a buscar auxílio médico previamente, bloqueando, dessa forma o avanço rápido da doença.

Assim sendo, após rastrear o câncer mamário é imprescindível que seja realizada uma biópsia cirúrgica ou punção, que consiste em uma retirada de parte do nódulo para averiguação em laboratório. Após esse processo, havendo confirmação, o tratamento indicado vai depender do tipo de tumor (FERNANDES; ALVES; CANAL, 2017).

Dentre as ações terapêuticas existentes estão a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Dependendo do estágio da neoplasia, pode-se optar pelo procedimento de tumorectomia, que remove somente o tumor; a quadrantectomia, que retira toda a região da mama que apresenta a lesão; mastectomia simples, remove a mama, preservando a pele; mastectomia radical, retira a mama toda a mama (FERNANDES; ALVES; CANAL, 2017).

Ressalva-se que todos os procedimentos terapêuticos supracitados acarretam efeitos colaterais nas pacientes desde problemas no coração, fígado, pulmões e também nos órgãos reprodutores; ou ainda, ressecamento na região tratada, vermelhidão, alta sensibilidade e pigmentação. Por isso é muito importante o acompanhamento posterior ao tratamento para que se realize as medidas cabíveis de acordo com cada caso (FERNANDES; ALVES; CANAL, 2017).

Diante disso, destaca-se que a ação terapêutica para mulher com câncer de mama e necessita de um trabalho interdisciplinar para que tenha eficácia. A paciente precisa de uma assistência familiar, psicológica e clínica adequada, e nesse processo, o profissional de enfermagem também tem um papel fundamental no auxílio à portadora do câncer mamário.

Cuidados desde às medidas preventivas, perpassando ao diagnóstico positivo, até o tratamento, precisam ser planejados de maneira a contribuir para o bem estar da paciente. A reabilitação ou os cuidados paliativos pensados para este público devem considerar o cotidiano dessa mulher, bem como seu estado emocional diante da doença, para minimizar os impactos gerados na sua vida.

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO AO CÂNCER DE MAMA

Considerando o discorrido nos capítulos anteriores, entende-se que o câncer de mama pode ser muito mais agressivo do que aparenta ao afetar o público feminino, causando além de danos físicos, estragos emocionais e psicológicos. Por isso, é possível perceber que a assistência do profissional de enfermagem é essencial no que se refere ao tratamento de câncer mamário em mulheres.

Ademais, os enfermeiros são os profissionais que mais mantêm contato direto com o paciente oncológico, o que não é diferente quando se trata da mulher portadora de câncer de mama. Por isso, o profissional de enfermagem tem o dever de trabalhar de maneira humanizada, pautado no conhecimento técnico para desenvolver uma assistência sistematizada durante o diagnóstico e tratamento do câncer, resguardando a qualidade de vida dessas pacientes no curso de todo o processo (MINEO et al., 2013).

Diante disso, ressalva-se que atenção básica é fundamental no conjunto de ações que promovem o controle do câncer mamário maligno, apresentando-se como cenário favorável para a efetivação de estratégias educativas. Portanto, o enfermeiro possui um papel de extrema importância na promoção dessas ações, visto que é o principal mediador entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços (MORAES et al., 2016).

Zaponni, Tocantins e Vargens (2015) apontam que no contexto da atenção primária, o enfermeiro pratica ações voltadas à prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação da mulher. Nesse hiato, tal profissional deve estabelecer mecanismos que detectem previamente alterações físicas na mulher, alcançando métodos preventivos e diagnósticos assertivos.

No decurso do tempo, o auxílio prestado pela enfermagem na área de oncologia sofreu grandes avanços. Antes, o enfermeiro trabalhava muito mais em prol do conforto físico do paciente, tanto no que se referia a ações cirúrgicas, quanto em tratamentos paliativos; entretanto, a enfermagem ecológica, atualmente, exerce um trabalho multidisciplinar, que cuida até mesmo do psicológico do paciente e de seus familiares (MINEO et al., 2013).

Assim sendo, cabe ainda ao profissional enfermeiro, partindo do conhecimento dos fatores de risco, participar das orientações ao público feminino sobre as medidas preventivas, que incluem hábitos saudáveis na alimentação, exercícios físicos e a moderação do álcool e do tabagismo. Além disso, a equipe de enfermagem deve alertar às mulheres sobre a importância do autoexame e exames clínicos periódicos que podem diagnosticar a doença precocemente se (MINEO et al., 2013).

Em virtude disso, é necessário que a equipe de saúde engajada na atenção primária tenha a qualificação adequada para bem atender as portadoras de câncer mamário. É importante que exista uma atuação efetiva dos profissionais que atuam nessa área, bem como um diálogo frequente entre as Unidades Básicas de Saúde, colaborando para um cuidado acolhedor exercido com um olhar sensível e humano (ZAPONNI; TOCANTINS; VARGENS, 2015)

Nesse hiato, a enfermagem oncológica permanece presente em todas as etapas que a portadora de neoplasia mamária vivencia, desde o diagnóstico até a cura, quando é possível, ou o óbito. Por isso, a assistência em oncologia não é diferente da executada em outras áreas, sendo realizada da atenção primária ao pós-morte (MINEO et al., 2013).

Nesse sentido, a atenção primária tem o objetivo de mapear os fatores de risco favoráveis ao desenvolvimento do câncer de mama, a fim de modificar os que podem ser evitados e eliminá-los. Contudo, ao detectar a neoplasia nessa fase da atenção básica, deve-se encaminhar a paciente para os setores posteriores para que as medidas terapêuticas sejam iniciadas (MINEO et al., 2013).

Considerando que qualquer indivíduo apresenta algum risco de desenvolver o câncer de mama, há, no entanto, mulheres mais suscetíveis que outras a desencadeá-lo. Por isso, é importante a enfermagem buscar os indícios propícios ao aparecimento dessa neoplasia, procurando bloqueá-los, inserindo algumas medidas de proteção à rotina de vida dessas mulheres (MINEO et al., 2013).

Logo, ter conhecimento sobre os fatores controláveis e incontroláveis no desenvolvimento do câncer mamário é fundamental para a enfermagem na atenção primária, pois sabendo disso, a informação propagada à população é mais eficaz, no sentido de alertá-la a possuir um estilo de vida mais saudável ou, ainda, incentivar as mulheres que têm um histórico de câncer no âmbito familiar a realizarem exames periodicamente (MINEO et al., 2013).

Segundo Zaponni, Tocantins e Vargens (2015), a atenção básica abrange ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que tem a finalidade de desenvolver uma atenção total que gere impacto na autonomia dos indivíduos e nos condicionantes de saúde coletiva. Portanto, integra também as atribuições do enfermeiro, na atenção primária, a

assistência completa às pessoas e suas famílias em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Além disso, outra função importante atribuída ao enfermeiro oncológico é explicar acerca dos sinais e sintomas que proporcionam o diagnóstico do câncer previamente, orientando quanto ao uso excessivo de medicações que possuam altas doses de estrogênios e incentivar o planejamento familiar para que se evite uma gravidez tardia (MINEO et al., 2013).

Dessa maneira, a principal medida a ser seguida na assistência básica é o exame clínico anual, por meio do exame mamográfico seguido do autoexame das mamas realizado mensalmente após a menstruação. O autoexame faz com que a mulher crie um hábito de conhecimento do próprio corpo estando atenta a qualquer alteração que possa ocorrer, visto que os nódulos em estágio inicial são pequenos e indolores (MINEO et al., 2013).

Ressalta-se que a assistência primária de enfermagem tem o papel de ensinar sobre o autoexame mamário, incentivando o público feminino a ter atenção ao seu corpo, para notar rapidamente quando algo estiver errado. Portanto para palpar as mamas é preciso que a mulher se mantenha de pé, prioritariamente enfrente ao espelho, a mão referente à mama examinada precisa ser posta atrás do pescoço e a outra mão vai realizar a palpação de maneira vertical iniciando sempre pela axila (MINEO et al., 2013).

Vicenzi et al. (2013) aponta que a equipe de enfermagem oncológica deve auxiliar o paciente incluindo a dimensão técnica e assistencial, atividades educativas que sejam direcionadas aos métodos preventivos, detecção prévia, cuidados e reabilitação, que abrangem equipe, pacientes e familiares. Partindo disso, pode-se alcançar melhoria da qualidade de vida ou sobrevida dos portadores de câncer.

Assim sendo, o enfermeiro da atenção básica, engajado na Unidade Básica de Saúde, tem o papel de promover a orientação necessária às mulheres do local para que tenham cuidados contínuos com sua saúde, e caso o profissional de enfermagem, tenha a confirmação do diagnóstico do câncer mamário, por meio dos resultados dos exames dessas mulheres, ele deve encaminhá-la para uma averiguação mais profunda do caso (MINEO et al., 2013).

Outra ação extremamente necessária nas atribuições do enfermeiro da atenção primária é realizar reuniões educativas acerca do câncer de mama, buscando sensibilizar a comunidade no que se refere à importância dos meios preventivos e detecção prévia da neoplasia mamária (MINEO et al., 2013).

Além disso, a busca ativa também é uma estratégia muito válida, visto que muitas mulheres nunca realizaram sequer um exame em toda a sua vivência. Logo, essa medida pode incentivar o público feminino a realizar o exame clínico das mamas, especialmente aquele grupo está na fase de fazer a mamografia, bem como orientar as mulheres que, teoricamente, não apresentam risco de desenvolver o câncer mamário a se consultarem anualmente (MINEO et al., 2013).

Nessa tangente, para que se realizem adequações referentes às ações dos enfermeiros ao rastreamento oportuno do câncer mamário, deve-se investir em uma educação

contínua desses profissionais, e também em uma avaliação frequente das ações de rastreamento nas unidades de saúde de cada localidade (MORAES et al., 2016).

Em suma, a assistência básica de enfermagem no enfrentamento ao câncer de mama vai além das medidas técnicas, pois o enfermeiro tende a auxiliar a paciente na compreensão da doença, assim como busca reduzir o impacto que isso acarreta à mulher. Portanto, o profissional enfermeiro necessita conhecer plenamente sua função no âmbito oncológico para atender os pacientes considerando todas as suas dimensões.

4. CONCLUSÃO

Pode-se inferir, após a investigação aqui delineada, que a Atenção Básica ao enfrentamento do câncer mamário é extremamente importante no auxílio destinado ao público feminino acometido por essa neoplasia, e até mesmo às mulheres que objetivam prevenir o seu aparecimento. Portanto, descreveu-se neste trabalho, como se dá a importância do profissional de enfermagem nesse encadeamento.

Foram pontuados, os principais aspectos histórico-sociais relacionados ao surgimento do câncer de mama, buscando destacar o avanço das medidas preventivas e a ascensão tecnológica no que diz respeito aos procedimentos clínicos inerentes à neoplasia em questão.

Apontou-se, também, o processo de prevenção, o que inclui o autocuidado, que é um fator sumariamente necessário para o rastreamento da neoplasia mamária, incluindo a prática do autoexame que facilita o rastreamento precoce desse tipo de câncer, bem como contribui para o tratamento adequado.

Por fim, demonstrou-se a relevância das avaliações e intervenções do enfermeiro no trabalho de atenção primária da mulher com câncer de mama, compreendendo que esse profissional possui um papel imprescindível na propagação de informações da área, na promoção de saúde e autonomia desse público. Em suma, espera-se que esta investigação gere reflexões, levando a compreender que a mulher com neoplasia mamária necessita de uma assistência, sobretudo humanizada, que possa garantir-lhe, menores impactos na autoestima e conforto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em 25 mar. 2022.

FERNANDES, Bruna Barcelos; ALVES, Mytissa Veronica Silva Grillo; CANAL, Fabiana Davel. A construção sócio-histórica do câncer de mama: do surgimento às formas de tratamento. **Revista Ambiente Acadêmico**, v. 3, n. 1, p. 101 – 112, 2017. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-5-artigo-7.pdf>. Acesso em 25 mar. 2022.



LÖWY, Ilana. O gênero do câncer. *In*: Luiz Teixeira (org.). **Câncer de mama e de colo de útero**. Rio de Janeiro: Outras letras, 2015. p. 13 – 40. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/756>. Acesso em 25 mar. 2022.

MINEO, FV et al. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v.4, n. 2, p. 2238 – 2260, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/256>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MORAES, Débora Cherchiglia de et al. **Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**. **Rev. esc. enferm. USP** [online], vol.50, n.1, pp.14-21, 2016. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342016000100014&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 abr. 2022.

OLIVEIRA, Ana Luiza R. *et al.*, Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista Cadernos de Medicina**, vol. 2, n. 3. p.135 – 145, 2019. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/download/1683/778>. Acesso em 25 mar. 2022.

PORTO, Marco Antonio Teixeira; TEIXEIRA, Luiz Antonio; SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira. Aspectos históricos do controle do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/496>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SILVA, Maria Isabel; BASSO, Paloma Mansini; CATELLI, Tatiana. **Guia prático de saúde: tipos de câncer**. São Paulo: Eureka, 2015.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; ARAÚJO NETO, Luiz Alves. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 29, n. 3, p. 01-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>. Acesso em 15 mar. 2022.

VICENZI, A et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 409–417, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816>. Acesso em: 5 abr. 2022.

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto; TOCANTINS, Florence Romijn; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 1, p. 33-38, mar. 2015. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11297>. Acesso em: 10 abr. 2022.

CAPÍTULO 24

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DO PRÉ NATAL

***THE IMPORTANCE OF THE ROLE OF NURSES IN PRE-NATAL
CARE***

Cassandra Magalhães Araújo¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A pesar dos avanços significativos alcançados na redução da mortalidade materna e infantil no Brasil, esta ocorrência ainda é muito alta e varia entre as regiões, estando longe do patamar de países desenvolvidos. Portanto, há a necessidade de ampliação dos esforços para redução dos fatores de risco a saúde gestacional no Brasil, levando em consideração as disparidades entre as regiões. O acesso a um pré-natal de adequado tem papel fundamental para a resolução desta problemática, visto que este tem o intuito de garantir à integridade da saúde da mãe e do bebê através da detecção e tratamento de agravos à saúde dos mesmos. Tendo em vista a importância da ESF na melhoria do acesso aos serviços de saúde e o papel do enfermeiro dentro desta estratégia, foi realizada uma revisão de literatura que teve como objetivo demonstrar a importância do atendimento do enfermeiro para as gestantes durante o pré-natal, especificando discorrer sobre a Assistência de Enfermagem no pré-natal, descrever um pré-natal de qualidade e humanizado e, por fim, descrever a atuação do enfermeiro na assistência do pré-natal. Este trabalho possibilitou uma reflexão acerca da importância de um pré-natal adequado para um bom desfecho gestacional, além dos fatores que determinam a adequação desta assistência. A literatura admite os avanços referentes à prestação da assistência pré-natal conseguidos através da ESF, porém faz algumas ressalvas a respeito da funcionalidade da mesma. Percebeu-se a necessidade de mais estudos sobre o papel do enfermeiro no acompanhamento pré-natal prestada pela ESF.

Palavras-chave: Pré-natal. Assistência de enfermagem. ESF.

Abstract

Late and variable between parents and children in the date of birth of the parents, are still high age of the parents, variable between the parents, are still far from being parents of developed parents. Therefore, there is a need to adjust health to factors that reduce gestational health in Brazil, taking into account disparities between regions. Access to adequate prenatal care plays a fundamental role in solving this problem, which is intended to guarantee the health of the mother and baby of the detection and treatment of health problems for them. Considering the importance of the ESF in improving access to health and the role of nurses within this strategy, a literature review was carried out with the general objective to demonstrate the importance of nursing care for pregnant women during prenatal care, specifying to disagree about Nursing Care in prenatal care, to describe a humanized quality prenatal care and, finally, to describe the role of nurses in prenatal care. The search for the research used in this work was carried out in the main scientific databases. This work is related to the importance of an adequate natal reflection for a good factor in addition to a pre-pregnancy that determine the consideration of this assistance. The literature accepts advances regarding the provision of prenatal care, but some changes through the FHS have reservations about functionality. See the need for further studies on the role of nurses in prenatal care provided by the ESF.

Key-words: Prenatal. Nursing care. ESF.

1. INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços significativos alcançados na redução da mortalidade materna e infantil no Brasil, esta ocorrência ainda é muito alta e varia entre as regiões, estando longe do patamar de países desenvolvidos. Portanto, há a necessidade de ampliação dos esforços para redução dos fatores de risco a saúde gestacional no Brasil, levando em consideração as disparidades entre as regiões.

O caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um acompanhamento durante o período gestacional bem feito previne patologias, tais como anemias, doenças hipertensiva gestacional (pré-eclâmpsia, eclâmpsia); também favorece o preparo psicológico para o parto, além de garantir a perfeita estruturação do organismo fetal, prevenção do abortamento e o risco de parto prematuro e óbito perinatal dentre outras vantagens que trazem ganhos a saúde dessa mulher de maneira única, como empoderamento de si, cuidados a sua saúde e práticas de prevenção e promoção mesmo após o término da gestação e puerpério. Constituinte assim um dos grandes objetivos e desafios com que o profissional em Saúde da Família precisa lidar em sua prática diária.

O profissional enfermeiro tem um estreito contato com as gestantes e suas preocupações no período gestacional. E ainda, o Ministério da Saúde alerta que: "...a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, verificada no Brasil". (BRASIL, 2000).

Dessa forma, o presente estudo torna-se relevante pois, a atuação do enfermeiro é importante no pré-natal, assim, é necessário que este profissional seja qualificado para atender as necessidades da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal com conhecimentos adequados e atualizados, de forma a oferecer uma assistência eficaz. As ações do enfermeiro, uma vez que por meio da assistência prestada, é possível identificar intercorrências precocemente e monitorar as gestantes que se encontram em situações de riscos. Além disso, as gestantes podem se sentir mais acolhidas diante das descobertas advindas em cada semana de gestação, proporcionando assim, uma gravidez mais segura.

O enfermeiro tem papel de destaque dentro das equipes da ESF, portanto, é imprescindível que este profissional esteja conscientizado acerca da importância do pré-natal e de suas atribuições neste atendimento. Frente a este fato, coube buscar a importância da assistência da enfermagem na contribuição na qualidade do pré-natal. O objetivo principal é demonstrar a importância do atendimento do enfermeiro para as gestantes durante o pré-natal, especificando discorrer sobre a Assistência de Enfermagem no pré-natal, descrever um pré-natal de qualidade e humanizado e, por fim, mostrar como a atuação do enfermeiro na assistência do pré-natal é de grande importância.



2. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

A proposta de reordenação do SUS ganha destaque e está fortalecida pela ESF, a saúde da mulher, em especial a assistência ao pré-natal no qual é atribuído para as equipes de saúde da família, com o objetivo de investigar a existência da assistência de pré-natal realizada por Enfermeiros dessas equipes. (BRASIL, 2016).

Com a publicação do PAISM, marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital. Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

As atividades educativas pelas quais as gestantes constituem o foco do processo de aprendizagem a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e perceptível, a fim de requerer informações gerais a respeito dos cuidados na gravidez, modificações fisiológicas e emocionais, assistência ao recém-nascido, aleitamento e planejamento familiar, envolvendo o pai, considerando o costume e o conhecimento popular para promover a participação ativa no parto (SALMERON; FUCÍALO, 2018).

Para uma cautela ao pré-natal e puerpério de qualidade e humanização é fundamental construir um olhar sobre o processo saúde/doença, para que possa compreender as pessoas em sua totalidade corpo/mente, considerando biopsicossocial no qual se vive, estabelecendo novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde. (BRASIL, 2016).

Para que ocorra monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada e estruturada, o DATASUS - Sistema Informatizado, SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do PHPN, disponibiliza o desenvolvimento de ações de acesso, precaução e auxílio à saúde da grávida e recém-nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir os altos índices de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, aprimorando o acesso da cobertura e da propriedade do seguimento das consultas de pré-natal, da assistência ao nascimento e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando Municípios, Estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2021).

O objetivo da assistência do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, compreendendo seus medos, dúvidas, angústias, fantasias e curiosidades, assegurando o bem-estar físico e mental da mãe e da família, além do bem-estar físico do conceito. Ao receber a gestante no pré-natal deve-se oferecer acolhimento humanizado que proporcione serviços resolutivos, éticos e interdisciplinares, ponderando à gestante e sua família em sua integralidade, sendo responsabilidade do enfermeiro que atua na assistência à gestante (CASCAVEL, 2019).

Segundo o mesmo autor acima citado, a assistência de pré-natal é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizado, em que se pressupõe a relação de respeito do enfermeiro com as mulheres durante o processo de parturição, compreendendo o parto

como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem orientado, não precisa de condutas intervencionistas, respeitando os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais.

Sobre o atendimento ao pré-natal precisa ser preparado às reais necessidades de toda a população grávidas da sua dimensão de atuação, por meio das utilizações das instruções técnico-científico e dos meios e recursos adequados e disponíveis. Além disso, deve-se proporcionar facilidade e continuidade no acompanhamento pré-natal e respostas positivas das ações de saúde sobre a saúde materna e perinatal (FEBRASGO, 2017).

A disposição do enfermeiro é fundamental para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança do medo do momento de dar a luz, do isolamento, da algia, do ambiente hospitalar, da criança nascer com problemas e outros temores (CASCAVEL, 2019).

A enfermagem vem expandindo a cada dia que passa o seu espaço na área da saúde. O enfermeiro assume seu papel cada vez mais categórico e proativo no que se refere ao reconhecimento das necessidades do cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem, no entanto é um elemento essencial no sistema de saúde local, que apresenta o seu reflexo a nível regional e nacional, sendo motivo decrescentes debates e novas significações (BACKES *et al.*, 2018).

O papel do enfermeiro nos programas de pré-natal compromete sua preparação clínica para o reconhecimento das dificuldades reais e potenciais das gestantes, familiares e comunidades, com as perspectivas aos controles apropriados das distintas ocasiões práticas. Sua destreza de raciocínio e determinação medical para diagnosticar as respostas afetuosas das dificuldades de saúde e do sistema de vida real baseando-se no diagnóstico de enfermagem (PEREIRA; BACHION, 2017).

O enfermeiro possui um papel expressivo dentro das equipes da ESF e o seu perfil profissional é fator determinante na assistência prestada. O enfermeiro tem que estar preparado para operar em diversas áreas relacionadas à saúde da mulher. Enquanto membro de sua equipe multiprofissional, é um componente essencial no qual refere-se à promoção da saúde, promovendo ações educativas nas distintas áreas, com o objetivo de atender em todos os seus períodos evolutivos (SALMERON; FUCÍALO, 2018).

Sendo assim, o Enfermeiro desempenha um papel muito respeitável, além de suas jurisdições essenciais e especiais acrescenta também ações que unificam sua equipe de saúde, entre distintos encargos, como: executar cadastro das gestantes, sendo um instrumento essencial, pois o cartão da gestante precisa ser preenchido com os dados indispensáveis que serve de referência para perceber os riscos maternos e fetais, além dos diversos parâmetros esperáveis ao pré-natal apropriado, fazer busca ativa da gestante que não frequenta mais o pré-natal, preparar o plano dos cuidados de enfermagem na consulta de pré-natal, conforme suas necessidades que vão aparecendo, instituir as intercessões, informações e encaminhamentos aos diversos serviços, solicitando as interdisciplinaridades das ações, requisitar exames de rotina do pré-natal, conferir na primeira consulta a condição do esquema vacinal, prescrever medicamentos conforme os protocolos do MS, entre outras tarefas. (DUARTE; ANDRADE, 2016).



Pois o enfermeiro é responsável por uma grande porção das perspectivas necessárias para proporcionar uma qualidade de vida apropriada à população. Para reordenar uma assistência de enfermagem, efetuam-se protocolos de saúde, que são ferramentas produzidas para que o enfermeiro cumpra sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Por meio deles, o enfermeiro ficará normatizado e respaldado ao exercerem suas colocações, cuidando pela qualidade dos serviços prestados (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2021).

Segundo Rios (2017), o enfermeiro deve ser uma ferramenta para que a gestante adquira autonomia no agir, expandindo a capacidade de enfrentar situações de estresse, crise, dificuldade e decida sobre a vida e a saúde. É um dos momentos na vida da gestante em que ela vivencia uma série de sentimentos, é durante a gestação que, se desejada, traz alegria, mas, se não esperada pode trazer surpresa, tristeza ou até mesmo, rejeição.

Ao estabelecer uma afinidade com a gestante, o enfermeiro precisa fomentar amparo em relação sobre o que é discorrido pela gestante, para auxiliar a percepção expandida de sua história de vida. Nessa afinidade, algumas particularidades são essenciais, ressaltando-se a linguagem verbal e não-verbal, onde as palavras, oferecida como símbolo, possibilitando a inter-relação entre os poderes, consentindo proceder na abordagem das exposições do dia-a-dia. Deste modo, pesquisa-se por meio de atuar expansivamente, compreendendo as revelações da verdade da gestante, sendo que o costume da linguagem, principalmente a verbal, permanece continuamente decidido pelas circunstâncias reais no qual a conversa se realize (DUARTE; ANDRADE, 2016).

O enfermeiro precisa entender que a comunicação dialógica deve ser fundamentada na prática do cuidar e não fazer tentativas de controlar ou modificar as pessoas ou prescrever somente tratamentos, mas sim, estar disposto a interagir, ensinar e aprender com o indivíduo e com o coletivo, através de ações educativas. Não deve haver coerção ou ordem, mas orientações e argumentações, com base teórica e prática, caso contrário, o enfermeiro está criando barreiras intransponíveis (PEREIRA; BACHION, 2017).

A atuação do enfermeiro no pré-natal carece de um cuidado especial quanto à observação aos órgãos dos sentidos, pois é um dos instrumentos mais utilizados na prestação de um cuidado sensível, facilitador do contato entre o enfermeiro e o cliente. Saber observar, compreender e utilizar os cinco sentidos com capacidade de sentir são requisitos primordiais no trabalho com a mulher em seu ciclo gravídico, dada a sensibilidade emocional por ela demonstrada (SALMERON; FUCÍTALO, 2018).

Para o enfermeiro, a observação deve estabelecer uma capacidade e habilidade para que ele possa entender o âmbito no qual esteja incluído, havendo auxílios para encarar e atuar no contexto da Enfermagem, pois necessita dar valimento ao que observa em seu trabalho diário, podendo incidir no erro de olhar e não querer ver. "Muitas vezes presenciamos um problema, mas não o avistamos e ele acaba tornando-se hábito, deixando de ser percebido como problema". (MATHEUS; FUGITA; SÁ, 2015).

Segundo esses autores acima citado, a observação é um dos utensílios básicos para que o enfermeiro planeje e realize sua assistência especializada. Enfim, é a partir da observação exercitada e sistematizada que o enfermeiro coletará informações que lhe consentirão atingir um diagnóstico da ocasião que se apresenta a sua frente. Portanto,

poderá escolher qual a prática mais apropriada que deverá ser utilizada, objetivando resultados positivos na arte da ciência cuidativa.

Como componente da ESF, o enfermeiro desempenha suas obrigações que facilitam sua estabilização, inserindo ações que vão desde planejamento até mesmo os cuidados exatamente dita, no qual envolve suas experiências dessemelhantes daquele que acontece em estabelecimentos estruturados no exemplo tradicional. A ação exercida pelo enfermeiro na ESF arrosta com a indecisão que existiu em diferentes ambientes de trabalho, assinalados pelas diversas ações incessantemente compatibilizadas com a sua concepção profissional. (CARNEIRO *et al.*, 2018).

3. ESTRATÉGIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE QUALIDADE

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento, através da Portaria n.º 569/GM, de 1 de junho de 2000. Nesta estão colocados os princípios e diretrizes para a construção desse programa, que ditam os direitos da gestante como: acompanhamento pré-natal, escolha da maternidade onde ser atendida no parto, atendimento humanizado no parto e puerpério além da adequada assistência neonatal ao recém-nascido. O MS nessa portaria ainda responsabiliza as autoridades sanitárias no âmbito municipal, estadual e federal pela garantia destes direitos e tornando o maior objetivo oferecer um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2020a).

Os principais objetivos do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento são: diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, alargarem o acesso ao pré-natal, constituir critérios para melhorar as consultas e gerar vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. O programa ressalta quais são os mínimos procedimentos a serem atingidos pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e proporciona como estratégias para a melhoria da qualidade da atenção a humanização do cuidado prestado e o respeito aos direitos reprodutivos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2020).

Os objetivos do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) são: desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, para que possam diminuir as taxas de mortalidade materna, bem como neonatal e perinatal, aprimorando o pré-natal nos âmbitos do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, se estendendo até a assistência ao parto e puerpério, oferecendo as iniciativas aos Municípios, Estados e Ministério da Saúde, através de informações fundamentais ao planejamento, acompanhamento e avaliação de todas as ações realizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2021).

Rocha *et al* (2021, p. 247), em estudo realizado, mostraram que o pré-natal realizado adequadamente foi de apenas 35% das usuárias da ESF, mostrando a importância de intervenções para a adesão precoce das mulheres ao pré-natal. O início tardio do acompanhamento pré-natal evidenciado afeta diretamente o monitoramento e acompanhamento da gestação. "O início precoce do pré-natal permite o acesso a métodos diagnósticos e



terapêuticos para a prevenção das possíveis complicações gestacionais”. Além disso, permite o monitoramento do crescimento fetal e fundamenta a tomada de decisão clínica relacionada ao desfecho da gestação.

O Ministério da Saúde preconiza que a assistência pré – natal deve iniciar ainda no primeiro trimestre da gravidez, com consultas devidamente planejadas para proporcionar acompanhamento efetivo de todo período, sendo assim devem ser realizadas no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2019).

Sendo assim, a equipe de saúde, ao entrar em contato com a gestante, tem que fazer com que se compreenda o significado da gestação para ela e sua família, em especial na adolescência. A segurança do atendimento e o estabelecimento de vínculo com a equipe são questões importantes para a humanização que favorecem a adesão das gestantes às consultas (BRASIL, 2019).

Nas consultas de pré-natal devem realizar o exame físico geral da gestante para que se tenha um acompanhamento efetivo de todas as mudanças corporais e condições físicas da mulher e do bebê. Conforme foi dito anteriormente, devem-se realizar: medida de peso e altura, aferição da pressão arterial, inspeção de pele e mucosas, palpação de toda região do pescoço, cervical e axilar, ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen e dos membros inferiores e pesquisa de edemas, e quando necessários exames específicos e complementares (BRASIL, 2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como intuito promover a qualidade de vida da população, prevenindo o desenvolvimento de agravantes à saúde da mesma. Dessa forma, como já relatado neste trabalho, a ESF deve atuar como uma porta de entrada ao sistema único de saúde, facilitando o acesso ao mesmo.

Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (AZEVEDO; COSTA, 2010). A ESF tem como intuito funcionar como porta de entrada da população ao sistema único de saúde (SUS). Entretanto, no estudo de Costa *et al.* (2009) 42,4% das gestantes realizavam o pré-natal no hospital, dando preferência ao especialista, evidenciando, portanto, que o PSF nem sempre funcionava como porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja, nem todas as mães procuravam o PSF para fazer o pré-natal. Albuquerque *et al.* (2011) conclui que existem aspectos positivos na estratégia, e que eles devem ser usados como modelos replicáveis, ressaltando-se, entretanto, entraves que minimizam sua eficácia e que precisam ser corrigidos objetivando melhorar as condições de prestação de serviço para seus usuários.

Corroborando este fato, Azevedo e Costa (2010) ressaltam que problemas relativos ao acesso na ESF revelam a existência de gargalos no sistema que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento, podendo implicar a exclusão de milhões de indivíduos cujas condições precárias de vida já os mantêm à margem de muitos direitos de cidadania. Os autores ainda citam as principais reclamações dos usuários acerca da ESF, a seguir: Dimensão organizacional: demora para conseguir a consulta; mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, comprometendo o acesso a especialistas; excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes; demora na sala de espera, para receber o atendimento; demora no

recebimento dos resultados dos exames; baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência de atendimento a pequenas urgências, implicando estrangulamento nos serviços de média e alta complexidade.

Dimensão sociocultural: despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; baixa capacidade de visualizar a perspectiva coletiva da saúde, situada no campo da cidadania.

Dimensão econômica: despesas com medicamentos e outros insumos (AZEVEDO; COSTA, 2010, pag. 11).

O acesso ao pré-natal não se limita à recepção da gestante à porta de entrada dos serviços de saúde, pois inclui a noção de acolhimento, capacidade de escuta e comunicação, destacando a atuação dos profissionais de saúde baseada na humanização do cuidado. Carvalho, Freire e Bosi (2009) definem o termo acolhimento:

O acolhimento traduz-se por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem operadas, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009, pag. 856).

A ESF vem contemplar uma modalidade de atenção cuja finalidade principal é desenvolver ações de promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como prevenir doenças e outros agravos, sem deixar de lado as ações de tratamento e reabilitação (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

No âmbito da assistência pré-natal, a ESF vem contribuindo de modo significativo, com participação importante na redução da mortalidade materno infantil graças à melhoria do acesso aos serviços de saúde que proporcionou (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011). Segundo Araújo et al. (2010), os enfermeiros realizam o pré-natal de baixo risco com maior frequência nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Programa de saúde da Família (PSF), como são mais conhecidos pela população. Segundo Rangel et al. (2011), a contribuição da ESF no viver saudável do indivíduo/família, para os usuários, ocorre com a realização dos grupos do "Hiperdia", puericultura e de gestantes, onde os profissionais sempre trazem informações e orientações sobre as medicações, alimentação, exercícios, as vacinas que ainda não foram feitas, e sobre a amamentação.

No que se refere ao ESF, as atribuições dos seus profissionais estão definidas, sendo que algumas delas são gerais, comuns a todos os profissionais, e outras específicas. Dessarte, Souza, Bernardo e Santana (2013) citam as atribuições específicas do enfermeiro conforme a Portaria nº 648/2006:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo



gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013, pag. 88).

Portanto, apesar dos avanços nos indicadores de saúde, a literatura faz algumas ressalvas a respeito da funcionalidade da ESF como um modelo de organização de assistência que em teoria deveria ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Apesar dos muitos avanços obtidos com relação a cobertura dessa estratégia, ainda há algumas barreiras a serem transpostas com vistas a sua funcionalidade efetiva.

4. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Como já verificado anteriormente nesta revisão, um atendimento pré-natal de qualidade tem grande impacto na saúde da gestação, evitando agravos que prejudicam a saúde da mãe e da criança. Sendo assim, é fundamental que o profissional de enfermagem esteja ciente de seu papel no pré-natal bem como da importância do mesmo.

Segundo Araújo et al. (2020), os enfermeiros realizam o pré-natal de baixo risco com maior frequência nas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Programa Saúde da Família (PSF), como são mais conhecidos pela população.

O pré-natal de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87; sendo respaldado pela lei 7.498/86 o enfermeiro pode realizar consultas de enfermagem, prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada através de protocolos pela instituição de saúde, realizar prescrição de enfermagem, prestar assistência a parturiente e realizar educação em saúde (BRASIL, 1986; CARRARA; OLIVEIRA, 2013, pag.100).

Entretanto, o estudo de Matos, Rodrigues e Rodrigues (2019) revelou que em um município de Minas Gerais os profissionais enfermeiros não realizam o pré-natal de baixo risco como preconizado pelo Ministério da Saúde, devido à insegurança dos mesmos ao prestar a assistência ao pré-natal, ressalta-se por meio da abordagem qualitativa a falta de conhecimento teórico-prático para tal função. Fica evidente, portanto, a necessidade de qualificação contínua dos profissionais de enfermagem.

Oliveira (2016) afirma que o enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente, no que se refere à assistência pré-natal, tem o dever de mostrar a importância

do acompanhamento da gestação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de distúrbios, durante e após a gravidez, tal como informá-la das consultas de rotina de enfermagem.

De acordo com Santos et al. (2015), 92,4% das gestantes participantes em seu estudo tem conhecimento sobre a importância do enfermeiro na assistência ao pré-natal. Corroborando o estudo anterior, Costa et al., (2009), em uma avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família, onde envolveu 33 das 40 gestantes cadastradas no PSF do município de Teixeira-Minas Gerais, dentre as gestantes, (100%) tem conhecimento sobre a importância da atuação do enfermeiro.

Não obstante, o estudo de Guerreiro *et al.* (2012) buscou descobrir as concepções de 18 gestantes e 11 enfermeiros sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde de Fortaleza. De acordo com os resultados encontrados, as dificuldades encontradas pelos profissionais foram: demora nos resultados dos exames solicitados, ausência de referência e contrarreferência, carência de recursos materiais, limitação dos enfermeiros na solicitação de exames e falta de trabalho em equipe. As gestantes demonstraram insatisfação com a ausência de referência e contrarreferência e carência de informações.

À vista disso, ações educacionais que visem orientar a mulher são bem-vindas como fator de estímulo a adesão e continuidade da assistência pré-natal. Silva, Lima e Osório (2016) concluíram que práticas educativas durante o pré-natal contribuem para resultados obstétricos favoráveis por minimizarem dúvidas e anseios da mulher durante o processo de gestação, preparando-a para o parto e pós-parto, devendo ser incorporadas no processo de trabalho dos serviços de saúde. O enfermeiro é um profissional com respaldo para o desenvolvimento de ações educativas, sendo que o mesmo deve buscar realizar tais ações de acordo com a realidade de cada comunidade para que estas sejam efetivas.

O termo "humanização" é recorrente na literatura atual no que se refere à atuação do enfermeiro no pré-natal. Conforme o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que traz em seu modelo assistencialista o paradigma da humanização, esta abrange dois pontos fundamentais: primeiro: é dever das instituições de saúde receber, acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Os profissionais devem adotar atitude ética, solidária e humanizada (ROCHA; ANDRADE, 2017).

As consultas de enfermagem são baseadas nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, que visa garantir o bem-estar e melhor qualidade de vida para as gestantes (ROCHA; ANDRADE, 2017). A consulta de enfermagem é vista de forma diferente, mais humanizada, por causa do vínculo criado entre o enfermeiro e a gestante e do diálogo que existe nas consultas, sendo fundamental no processo de cuidar dessas mulheres, entender seus anseios e dúvidas (ARAÚJO *et al.*, 2010; LIMA, 2013; OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016).

A consulta de enfermagem para ser eficaz é preciso que obedeça a protocolos, com o objetivo da eficácia do atendimento e obtenção de resultados positivos, para isso as ESF adotam como protocolo o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde. Algumas das atribuições dos enfermeiros no primeiro contato com a gestante são: realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão devidamente preenchido deve ser verificado e atualizado a cada consulta, prescrever medicamentos como sulfato ferroso



e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, solicitar exames laboratoriais complementares e realizar testes rápidos para confirmar ou afastar a gravidez e outras patologias como a sífilis e o HIV (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010; BRASIL, 2012).

Segundo Cunha et al. (2009), as ações e procedimentos mais frequentemente desenvolvidos pelos enfermeiros foram: realização da história inicial (anamnese) data de última menstruação, data provável do parto, idade gestacional, exame de MMII (Eletro-neuromiografia de Membros Inferiores), pesquisa de edema, ausculta do BCF (Batimento Cardíaco Fetal), medida da altura uterina, solicitação de exames laboratoriais.

O primeiro impacto que a consulta de enfermagem causa nos pacientes pode ser de insegurança e desconfiança, no entanto, à medida que as gestantes recebem atendimento do enfermeiro no pré-natal, elas passam a confiar e ter segurança na capacidade do profissional (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011). Para que isto ocorra, o enfermeiro necessita, além de sua competência técnica, da escuta qualificada, ouvir as queixas, preocupações e angústias da gestante, criando, assim, uma relação de proximidade com a mesma, sua família e comunidade, bem como exercer fundamental papel educativo (BRASIL, 2013; SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010; VALENÇA; GERMANO, 2010).

É claro o valor do enfermeiro, com o devido preparo técnico-científico e o pertinente respaldo legal para o desenvolvimento da assistência pré-natal de baixo risco, que contribui de modo expressivo na qualidade de vida da mãe e do recém-nascido (SOUZA; BERNARDO; SANTANA, 2013). Segundo Carrara e Oliveira (2013) o período gravídico por se tratar de um fenômeno complexo, remete-se, portanto a um tratamento físico, psicológico e social, que requer habilidades dos profissionais de saúde/enfermagem conquistadas com embasamento científico e a vivência prática destes conhecimentos.

Desta forma, através da escuta qualificada é possível que o enfermeiro consiga propiciar um atendimento pré-natal de qualidade, o que conseqüentemente resultará em menos agravos à saúde da gestante, permitindo assim uma redução nas taxas de mortalidade materna e neonatal.

5. CONCLUSÃO

Concluiu-se que é importante ter um pré-natal adequado para um bom desfecho gestacional, além dos fatores que determinam a adequação desta assistência. Segundo as pesquisas elencadas no decorrer da pesquisa, a continuidade do acompanhamento é fator determinante da qualidade da assistência, sendo que a mesma é incentivada pelo acolhimento oferecido nas unidades de saúde.

É evidente que apesar dos avanços obtidos na diminuição dos óbitos causados por complicações gestacionais, o Brasil está longe de alcançar as metas internacionalmente estabelecidas. A literatura admite os avanços referentes à prestação da assistência pré-natal conseguidas através da ESF, porém faz algumas ressalvas a respeito da funcionalidade da mesma, pois apesar dos muitos avanços obtidos com relação à cobertura dessa estratégia, ainda há algumas barreiras a serem transpostas com vistas a sua funcionalidade.

dade efetiva.

Um dos fatores mais citados como determinante de um acompanhamento adequado na gravidez é o acolhimento recebido pelas gestantes nas UBSs. Neste âmbito, o enfermeiro tem papel fundamental devido ao seu papel dentro das equipes da ESF. A escuta qualificada é frequentemente citada como uma ferramenta pela qual esses profissionais propiciam um pré-natal adequado. Recomenda-se que sejam realizados mais estudos que abordem a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal.

Referências

ARAUJO, Suelayne Martins *et al.* A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Veredas Favip: Revista Eletrônica de Ciências, [s.i], v. 3, n. 2, p.61-67, jul./dez. 2020.

BACKES, Dirce Stein *et al.* O Papel Profissional do Enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 223-230, janeiro 2018. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Instituto Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, 2020^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS Acesso em: 01 de abril de 2022.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: **Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Série G: Estatística e Informação em Saúde**. Brasília, DF; Ministério da Saúde 2019.

CARNEIRO, Alan Dionizio *et al.* Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames por Enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, Porto Seguro, v. 10, n. 3, p. 756-65, setembro 2018. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a21.htm>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

CASCABEL. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde Divisão de Atenção Básica. **Manual de Pré-Natal e Puerpério**. Cascavel, 2019. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/30092010_manual_prenatal1pdf. Acesso em: 01 de abril de 2022.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-5, abril 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Org.). **Manual de Orientação: assistência pré-natal**, [S.I.], 2017. Disponível em: www.itarget.com.br/newclients/sggo/assistencia-pre-natal. Acesso em: 01 de abril de 2022.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUGITA, Rose Meire Imanichi; SÁ, Ana Cristina de. **Observação em Enfermagem**. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). Instrumentos Básicos para o Cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 5-23.

PEREIRA, Sandra Valéria Martins; BACHION, Maria Márcia. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, nov./dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347. Acesso em: 01 de abril de 2022.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações Educativas no Pré-Natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012221.pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2022

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na Assistência Pré-Natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, outubro 2021. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional>>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

SALMERON, Neiva de Alencar; FUCÍHALO, Andréia Regina. Programa de Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 019, p. 25-29, janeiro 2018. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2022.

CAPÍTULO 25

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

*NON PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PAIN RELIEF IN
LABOR: NURSING PERFORMANCE*

Erica Valéria Lustosa Ferreira Sousa¹
Angela Gabriela de Araújo Costa Moura²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

Ador é um dos sinais fisiológicos mais manifestos no processo de parturição. Contudo, existem diferentes recursos não farmacológicos utilizados na enfermagem obstétrica que minimizam a percepção dolorosa e/ou potencializam a tolerância à dor. Assim, este trabalho tem como objetivo descrever e discutir os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor no processo do parto, bem como discorrer sobre a atuação da enfermagem no suporte a esse processo. Apresenta, ainda, um estudo qualitativo e descritivo, a partir de uma revisão biográfica elaborada através de protocolos do Ministério da Saúde, artigos científicos e periódicos publicados no período de 2012 a 2022, impulsionado pela necessidade de se entender e demonstrar que a enfermagem tem um papel indeclinável no suporte à parturiente em todas as fases do trabalho de parto, contribuindo, desta forma, para o fortalecimento e notoriedade do trabalho da enfermagem obstétrica, bem como para a qualificação do cuidado no parto e nascimento e as condutas utilizadas em todo este processo.

Palavras-chave: Trabalho de parto, dor, enfermagem obstétrica, métodos não farmacológicos.

Abstract

Pain is one of the most manifest physiological signs in the parturition process. However, there are different non pharmacological resources used in obstetric nursing that minimize pain perception and/or enhance pain tolerance. Thus, this job aims to describe and discuss the main non pharmacological methods for pain relief in the birth process, as well as discuss the role of nursing in supporting this process. It also presents a qualitative and descriptive study, based on a biographical review elaborated through Ministry of Health protocols, scientific articles and periodicals published from 2012 to 2022, driven by the need to understand and demonstrate that nursing has an undeniable role in supporting the parturient in all phases of labor, thus contributing to the strengthening and notoriety of the work of obstetric nursing, as well as to the qualification of care in childbirth and the conducts used throughout this process.

Key-words: Labor, pain, obstetric nursing, non pharmacological methods.

1. INTRODUÇÃO

Associado a demasiada dor e sofrimento pelo caráter fisiológico que possui, o trabalho de parto (TP) ainda é temido por grande parcela das gestantes. A sensação dolorosa é algo subjetivo e sofre variações de acordo com o estado emocional da parturiente e os fatores ambientais que a permeiam (UFRJ, 2016), carecendo esta, algumas vezes, da utilização de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para o alívio da dor oriunda do processo parturitivo.

Impulsionado pela necessidade de se entender e demonstrar que a utilização dos métodos não farmacológicos (MNF) para se amenizar a sensação dolorosa da mulher em TP foi indubitavelmente mais benéfica ao binômio mãe-bebê, e que a enfermagem teve um papel indeclinável no suporte a esta parturiente, precipuamente no tocante à utilização destes MNF, é que este trabalho foi desenvolvido.

Diante do exposto, a pesquisa norteadora da pesquisa foi “como a equipe de enfermagem pode atuar no alívio da dor em trabalhos de parto utilizando, para isto, métodos não farmacológicos?”. É sabido que a enfermagem obstétrica tem o conhecimento e a competência técnica para assistir a parturiente em parto normal e identificar distócias obstétricas, estando, para isto, legalmente autorizada, conforme a Lei nº 7.498/86. A considerável atuação da equipe de enfermagem inicia-se ainda no período pré-natal e segue no TP (BRASIL, 2017) com imprescindíveis orientações, auxílio físico e psicológico e implementação de práticas humanizadas do cuidado, destacando-se a implementação das mais variadas formas para alívio da dor do processo parturitivo, primordialmente os métodos sem a utilização de fármacos.

O objetivo geral da pesquisa foi descrever e discutir os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor no processo de parto, bem como discorrer sobre a atuação da enfermagem no suporte a esse processo. Já os específicos foram conhecer os métodos não farmacológicos mais utilizados no manejo com o alívio da dor proveniente do TP; apresentar a eficácia e o mecanismo de ação dos métodos não farmacológicos na redução da dor no processo de parturição; demonstrar como a enfermagem atua e sua grande relevância no auxílio com a dor da mulher no processo parturitivo.

O presente trabalho tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo, onde foi realizado uma revisão biográfica elaborada por meio de protocolos do Ministério da Saúde e artigos científicos sobre a temática, publicados no período de 2012 a 2022. Os principais autores que trabalharam o tema foram Silva et al., Araújo et al., Prata et al., Manfeton, Shimo, Mazzali, Gonçalves, Gayeski, Bruggemann, Gallo et al., Sescato, Souza, Wall, Tabarro et al., Lehugeur, Strapasson e Fronza.

2. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR MAIS UTILIZADOS PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Desde outrora, o parto vaginal sempre foi considerado um processo muito doloroso, principalmente por não se utilizarem, habitualmente, medidas para minimizar a dor proveniente do processo parturitivo. Considerada como o quinto sinal vital, a dor, a pesar de ser uma experiência subjetiva, é passível de mensuração e esta mensuração é de muita valia para se traçar as intervenções de forma mais precisa (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014).

Posto isto, sabe-se que a dor no TP é fisiológica e oriunda da contração e relaxamento do útero, para que o colo do útero se abra gradativamente (primeira fase do TP, que é a dilatação, dividindo-se em latente e ativa), direcionando o bebê ao canal vaginal, acontecendo, então, o nascimento (ou expulsão, que é a segunda fase do TP), seguindo da dequitação da placenta (terceira fase do TP).

Os estímulos dolorosos são intensificados por meio da distensão e tração das estruturas pélvicas situadas ao redor do canal vaginal, como também do assoalho pélvico e do períneo, sendo produzida pela distensão dos receptores de dor desses locais (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014).

Manfeton e Shimo (2014), afirmam que a dor durante o TP é um sintoma comum e suas características podem envolver diversos fatores, tais como aspectos biológicos, culturais, socioeconômicos e de caráter emocional. Silva et al. (2013), citaram que existem alguns fatores que tornam esse processo cruciante, tais como:

O não esclarecimento da mulher a respeito do trabalho de parto, o medo, o estresse, a tensão, o frio, a fome, a solidão, o desamparo social e afetivo, a ignorância com relação ao que está acontecendo e o ambiente diferente e com pessoas estranhas.

Ante o exposto, no decorrer deste trabalho, evidenciou-se que, no decurso de um TP, a equipe de enfermagem obstétrica dispõe de técnicas para mensurar o grau de dor da parturiente, através das escalas de dor, tendo como exemplo a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Visual Numérica (EVN) e técnicas substanciais para minimizar a percepção dolorosa da mulher, fundamentadas em evidências científicas, técnicas estas que eximiu as mulheres do uso de analgesia farmacológica, muitas vezes maléfica e notadamente desnecessária (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014).

A seguir, apresentar-se-ão os MNF mais aplicados às parturientes para minimização da dor no TP.

2.1 Água morna

Um dos métodos mais eficazes de analgesia não farmacológica, o banho morno é indeclinavelmente crucial no TP. Seja por aspersão (banho no chuveiro) ou por imersão (em banheiras ou ofurôs), ao ficar exposta em torno de 20 minutos à água morna, encon-

trando-se esta a uma temperatura de 37 a 38° C, a parturiente apresenta considerável redução da dor proveniente do TP (ARAÚJO et al., 2018).

Cada vez mais, as instituições hospitalares vêm utilizando o banho de aspersão durante o TP. Notoriamente neste estudo, este recurso exerceu, indubitavelmente, influência positiva sobre a dor, precipuamente na fase ativa de dilatação do colo uterino, pois a água, quando aquecida, promove a vasodilatação, redistribuindo o fluxo sanguíneo e promovendo o relaxamento muscular, levando a mulher a uma menor percepção da dor (SHIMO; MANFETONI, 2014).

O banho de imersão, por sua vez, a pesar de ser ainda pouco utilizado no Brasil, é plenamente encorajado pelo Ministério da Saúde, onde afirma através das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que “os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto” (BRASIL, 2017).

Felizmente, e corroborando com a afirmação, estudos demonstraram existir evidências científicas copiosamente positivas sobre seus efeitos do banho morno no alívio da dor e na evolução do TP.

2.2 Massagem

Com a finalidade de diminuir o estresse emocional, melhorar o fluxo sanguíneo e, por conseguinte, a oxigenação tecidual, a massagem foi um método bastante válido no alívio da dor, podendo reduzir até a necessidade de consumo de analgésicos, como bem observa Hajiamini et al. (2012), em seus estudos. Pode ser realizada em quaisquer regiões de desconforto da parturiente. Se aplicada corretamente, de forma firme e rítmica, apresenta maior eficácia.

Ranjbaran et al. (2017), constataram em seus estudos que “a massagem terapêutica reduz a dor do parto em geral, bem como separadamente na fase latente, ativa e de transição do trabalho de parto”. Diversas técnicas de massagem podem ser aplicadas, sendo a fricção, pressão, pinçamento, amassamento e deslizamento superficial e profundo as mais comuns (GIERO, 2017).

Corroboram com os estudos Ganji *et al.* (2015) e, definitivamente, atestam e recomendam a massoterapia para o alívio da dor no processo do parto.

2.3 Deambulação

A deambulação foi outro recurso satisfatoriamente utilizado na redução da dor, reduzindo, também, tanto a duração do TP como o uso de analgesia. Caminhar promoveu a mobilidade pélvica e, com o auxílio da força da gravidade, houve também um auxílio na descida e apresentação fetal, na evolução cervical, progredindo, com isso, o parto (PRATA et al., 2022).



Lawrence et al., em 2013, realizaram uma revisão sistemática sobre o tema e acabaram por concluir que as parturientes devem ser incentivadas a deambularem e adotarem posições mais confortáveis, precipuamente, na primeira fase do TP.

Com base nos estudos realizados sobre a temática, constatou-se que a deambulação influenciou de maneira substancialmente positiva no TP, aumentando a tolerância à dor, melhorando a evolução da dilatação e diminuindo a duração TP (ARAÚJO et al., 2016).

O estímulo à deambulação é altamente recomendado e incentivado, juntamente com a adoção de posicionamentos confortáveis, especialmente os posicionamentos verticalizados (BRASIL, 2017), o que permitiu à mulher alternância de posições e liberdade de movimentos (PRATA et al., 2022).

2.4 Banqueta

Introduzida no Brasil em 1990 pela parteira Marília Largura, a banquetta (ou banquinho) tem a finalidade de aumentar a dilatação, promovendo o relaxamento e, consequentemente, diminuir a dor (ARAÚJO et al., 2018).

Este método foi uma forma de verticalizar a mulher durante o parto, tornando-se melhor utilizado no final do TP, pois auxiliou a finalização da descida e rotação fetal pelo canal de parto (PRATA et al., 2022).

Observou-se que sua utilização no banho de aspersão com água morna, por exemplo, favoreceu a dilatação do colo do útero, estimulando esse processo (ARAÚJO et al., 2018). Além de estimular a dilatação e contribuir para o relaxamento da parturiente, a utilização deste MNF para alívio da dor ainda configura uma assistência humanizada (UFRJ, 2016).

2.5 Bola suíça

Outro recurso que estimulou a posição vertical foi o uso da bola suíça, que permitiu a livre movimentação da parturiente, possibilitando o movimento pélvico, dilatação cervical, progressão do feto pela pelve materna, promovendo alongamento, relaxamento dos músculos perineais e, com isso, minimizando a percepção dolorosa (MELO et al., 2020).

Corroboram com a afirmação Henrique et al. (2018), onde afirma que bola suíça teve maior efeito na redução da dor comparado até mesmo ao banho de aspersão, demonstrando quão benéfico é este MNF para minimizar a dor na parturiente, além de possuir baixo custo financeiro (ARAÚJO et al., 2018).

Ressalta-se que a utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional não é recomendada, devido ao risco de queda que a mulher possa estar exposta.

2.6 Cavalinho

Outro método utilizado foi o cavalinho, que se assemelha a uma cadeira com assento invertido. Neste método, as mulheres puderam apoiar-se, deslocando o peso para frente. A parturiente tem a opção de utilizar o cavalinho também durante as contrações, favorecendo o recebimento de massagens, promovendo o relaxamento (ARAÚJO et al., 2018).

Possui um equipamento que se assemelha a uma cadeira com assento invertido, que permite à parturiente realizar o apoio do tórax e dos braços (ARAÚJO et al., 2018). Permite, ainda, o alongamento da coluna lombar da parturiente, promovendo, juntamente, o relaxamento da mesma.

2.7 Exercícios respiratórios

Existem diferentes formas de realizar a respiração no decorrer das contrações, seja de forma mais suave, seja de forma mais rápida, objetivando sempre o conforto e relaxamento da parturiente. Esta, orientada pela equipe de enfermagem, escolherá a forma que mais lhe convier, de modo que a deixe confortável no decorrer das contrações e no intervalo delas. Esta técnica auxiliou a parturiente a ter uma melhor oxigenação, promovendo por mais tempo a estabilidade de baixos níveis de ansiedade, favorecendo a tranquilidade e, por conseguinte, o alívio das dores durante o TP (BORJA et al., 2018).

2.8 Musicoterapia

Utilizou-se este método com o propósito de reduzir ou minimizar os níveis de estresse, medo e ansiedade aos quais as parturientes estavam inseridas por conta do processo do TP. Tem o intuito de proporcionar alívio diante dos estímulos dolorosos oriundos do TP. Tal alívio à parturiente é proporcionado mediante a redução dos níveis de estresse (ARAÚJO et al., 2018). Lima et al. (2014), afirmam em suas pesquisas que a musicoterapia de fato reduz a ansiedade e a dor.

Durante o TP, permitir à mulher a utilização da musicoterapia é considerado também um ato de humanização, uma vez que, comprovadamente, permite à mesma estimular áreas do encéfalo que promovem bem estar emocional e sistêmico, principalmente nos intervalos das contrações uterinas, gerando, indubitavelmente, conforto e relaxamento, diminuindo, assim, o medo, a tensão e, por conseguinte, a percepção dolorosa (LOREN-CETO et al., 2021).

2.9 Aromaterapia

A aromaterapia foi outro método utilizado neste estudo, e consiste na utilização de óleos essenciais (OE), que são compostos voláteis concentrados, formados a partir de substâncias extraídas de plantas aromáticas e medicinais, que possuem a propriedade



de atuar diretamente, dentre outras coisas, na resposta ao estresse, mediante redução da dor, trazendo sensação de tranquilidade (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019). Foi realizada por meio de técnicas como inalação, diluição em água para banho de imersão, esalda pés, acupressão e massagem (BRASIL, 2018).

Por possuírem características específicas, é considerável escolher os aromas criteriosamente de acordo, por exemplo, com os diferentes períodos do TP. Óleos calmantes e sedativos como o de lavanda e de camomila foram recomendados na primeira fase do TP. O óleo de olíbano, por possuir ação relaxante e auxiliar na respiração, foi recomendado na fase de transição do primeiro período do parto (SILVA et al., 2019). Já para a fase seguinte, a de expulsão, um aroma mais forte e apimentado como o de jasmim promoveu a sensação de força e antecipação do TP, pois aumentou as contrações uterinas, acelerando o TP (SILVA et al., 2019).

Evidenciou-se nos estudos, que a utilização da aromaterapia e a seleção dos óleos essenciais deve ser criteriosa, assim como sua via de aplicação, pois em algumas pacientes, se utilizado os OE por longos períodos, pode causar cefaléia, náuseas, alergias e irritação na pele, motivo pelo qual é importante respeitar o limite de cada parturiente (LEMOS, 2014).

2.10 Rebozo

O rebozo é um exercício que se utilizou de um tipo de xale na parturiente, através de alongamentos da pelve durante as contrações, associados à fricção na lombar com esse tecido (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017), auxiliando a mulher a lidar com as contrações, aliviando a sensação de dor. Também foi utilizado para auxiliar no encaixe do bebê na pelve ou na rotação do bebê para facilitar sua descida até o canal de parto (PRATA et al., 2022), promovendo o relaxamento da pelve e do assoalho pélvico.

Os movimentos foram realizados alternadamente e de forma rítmica, movendo a pelve da mulher para as laterais. Tais movimentos contribuem também para a correção da posição do fetal em situações em que este se apresenta com a cabeça em posição posterior, em casos de direitas persistentes, maus posicionamentos do útero e assinclitismo persistente, como bem observaram Cohen e Thomas (2015) e Iversen et al. (2017), em seus estudos.

Portanto, constatou-se que o rebozo é um recurso seguro, eficaz e de baixo custo, caracterizado como um MNF importante para minimização da dor, visto que pode ser aplicada seguramente nas fases do TP.

2.11 Acupuntura

De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2018, a acupuntura é um ramo da Medicina Tradicional Chinesa e caracteriza-se pela inserção de agulhas em pontos específicos do corpo, com o intuito de promover, manter e recuperar

a saúde, possuindo, assim, objetivo terapêutico ou analgésico.

Ao se estimular pontos específicos do corpo ocorre a liberação de neurotransmissores e substâncias que promovem analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária, atingindo-se um efeito terapêutico ou homeostático (BRASIL, 2015).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a acupuntura deve ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o TP, se houver profissional habilitado e disponível para tal.

Constatou-se a obtenção de alívio da dor com este MNF tanto no período de dilatação, quanto no período expulsivo, além do fato de que a acupuntura pode reduzir a dor no momento do parto, a duração deste, a necessidade do uso de fórceps e de drogas e aumentar o grau de maturação cervical (SCHLAEGER et al., 2016).

É mister considerar que os MNF de alívio da dor supracitados podem ser empregados tanto isoladamente, como de forma combinada, a depender do perfil de cada parturiente, da disponibilidade dos recursos nas instituições hospitalares e/ou maternidades em que a mulher estiver sendo assistida, assim como do nível de preparo da equipe obstétrica.

Tais MNF para alívio da dor proveniente do TP constituem-se, em suma, isolada ou conjuntamente, como técnicas para promoção de relaxamento da parturiente, dentre outras coisas, o que, somado aos demais fatores demonstrados neste estudo, permitem à mulher a minimização da percepção dolorosa.

A seguir, demonstrar-se-á a eficácia e o mecanismo de ação, com base em evidências científicas, dos MNF para alívio da dor proveniente do TP aqui apresentados.

3. EFICÁCIA E/OU MECANISMO DE AÇÃO DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR NO PROCESSO PARTURITIVO

É sabido que a dor proveniente do processo de parturição deve ser constantemente avaliada e, de acordo com a viabilidade, sanada, pois, do contrário, pode acarretar prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto.

Isto posto, apresentou-se precedentemente os MNF mais utilizados na enfermagem obstétrica. Denotar-se-á, a seguir, quão benéficos e eficazes são, sendo estes recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) por serem notoriamente úteis, eximindo a mulher, muitas vezes, de analgesia farmacológica desnecessária (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014), conforme mencionado anteriormente.

No que tange ao banho morno, os estudos evidenciaram que o mesmo favorece redistribuição do fluxo sanguíneo devido à vasodilatação periférica que o calor promove. Verificou-se, também, que a água precisa estar a uma temperatura de 37 ou 38° C (ARAÚJO et al., 2018). A água morna no TP exerce uma influência positiva na evolução do mesmo, pois eleva os níveis de endorfinas (um neuro-hormônio que inibe a irritação e o estresse,



proporcionando a sensação de satisfação e felicidade), reduzindo, com isso, a ansiedade e promovendo o relaxamento da parturiente (UFRJ, 2016).

Com relação ao método da massagem, esta consiste em manipular intencionalmente determinadas áreas do corpo para fins terapêuticos (GIERO, 2017). Possui grande eficácia, sobretudo no primeiro estágio do TP, onde o colo do útero ainda encontra-se dilatando (GALLO et al., 2013). Os estímulos da massagem têm a capacidade de estimular fibras que transmitem impulsos à medula espinhal. Tal pressão exercida no corpo comprime os tecidos moles e aciona os receptores sensoriais, proporcionando sensação de prazer e bem-estar, como descreve Abreu, et al. (2012). Notoriamente, mostrou-se imensamente benéfico e eficaz no decorrer do TP, pois promoveu nitidamente uma maior sensação de relaxamento, minimizando a percepção de dor nas parturientes.

A deambulação é evidenciada como um método muito confortável para a mulher. Além de favorecer a posição vertical, utilizando o mecanismo da ação da gravidade, descomprime os grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto e ângulo de encaixe, melhorando a ventilação pulmonar e otimizando a eficiência das contrações uterinas, aumentando, com isso, a tolerância à dor (PRATA et al., 2022). Como citam Araújo et al. (2018) em suas pesquisas, a massagem favorece também a rotação adequada do feto na pelve materna e, além disso, essa estratégia pode acelerar o TP, diminuindo o uso de fármacos, escopo deste trabalho.

O método de utilização do banquinho (ou banqueta) mostrou-se bastante eficaz por auxiliar a descida fetal e contribuir para a dilatação cervical, o que proporcionou uma menor duração do TP (ARAÚJO et al., 2018). Além de favorecer uma posição verticalizada, a banqueta de parto ainda facilita a realização de massagens na região lombar da parturiente, promovendo também relaxamento e, conseqüentemente, amenizando a dor (ARAÚJO et al., 2018).

Outra conduta que se observou bastante eficaz foi a utilização da bola suíça. Este recurso estimulou a posição vertical, notoriamente mais benéfica à mulher, permitiu liberdade para que a parturiente adotasse diferentes posições, possibilitando o balanço pélvico. Henrique et al. (2018) constataram em seu estudo que a realização de exercícios com a bola na posição vertical trabalha a musculatura do assoalho pélvico, em especial, os músculos levantadores do ânus e pubo coccígeos e a fáscia da pelve. Corroboram com isto Prata et al. (2022) e Araújo et al. (2018), onde afirmaram que a movimentação suave da pelve, proporcionada pelo uso da bola suíça, promove o relaxamento da musculatura, auxiliando a descida da apresentação fetal pelo canal de parto. Constatou-se, então, quão benéfica é a utilização da bola suíça no TP para uma melhor assistência à parturiente.

O método cavalinho também auxilia a gestante na manutenção de uma posição vertical (sentada). Consiste em um assento onde existe apoio para os braços, favorecendo uma postura sentada, com as costas ligeiramente inclinadas para frente, permitindo balanço pélvico e alongamento da coluna lombar (UFRJ, 2016). Estudos comprovam que sua utilização é imensamente eficaz, devido à verticalização da parturiente, o que promove relaxamento, aumento da dilatação cervical e a diminuição da dor (ARAÚJO et al., 2018).

A técnica dos exercícios respiratórios no TP tem função de reduzir a sensação dolorosa, melhorar os níveis de saturação sanguínea materna de oxigênio, proporcionar

relaxamento e diminuir a ansiedade (UFRJ, 2016; BATISTA et al., 2012). A grande contribuição dos exercícios respiratórios neste processo de TP é auxiliar a parturiente, através da inspiração e expiração realizadas profundamente, conforme bem observam Batista et al. (2012). Alguns autores entram em acordo com esta afirmação quando asseguram que a realização de exercícios respiratórios de inspiração e expiração profunda desde os 4 cm de dilatação cervical reduz visivelmente a percepção dolorosa e a diminuição do tempo do TP (YUKSEL et al., 2017; GALLO et al., 2018; ABREU et al., 2013).

A musicoterapia foi outro MNF muito satisfatório observado neste trabalho. As ondas sonoras que são captadas pelo pavilhão auricular são enviadas ao conduto auditivo e ao tímpano. Quando chegam ao ouvido médio, transformam-se em impulsos nervosos, os quais, por meio do nervo vestíbulo coclear, são conduzidos ao cérebro (ARAÚJO et al., 2018). Quando se escuta uma música agradável, estes impulsos nervosos ocasionam no cérebro aumento de dopamina, diminui a liberação de cortisol e, como consequência, aumenta endorfinas, proporcionando um maior estado de alegria (ARAÚJO et al., 2018). No tocante à utilização da musicoterapia no TP, esta promove maior relaxamento, principalmente nos intervalos das contrações, aumenta o limiar de dor e desconforto da parturiente, favorecendo sua redução, bem como diminui o medo e a ansiedade, promovendo relaxamento e a distração da dor, o que claramente resulta em uma melhor evolução do TP (LORENCETO et al., 2021).

No tocante à aromaterapia, evidenciou-se em pesquisas mais recentes, a saber, por exemplo, as de Silva et al. (2019), que este MNF de alívio da dor tem auxiliado grandemente as parturientes. Os óleos essenciais utilizados na aromaterapia são bioquimicamente instáveis e evaporam rapidamente, estimulando as células nervosas olfativas, ativando os receptores que podem influir na frequência cardíaca e na respiração e, com isso, na resposta ao estresse (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019). Quando inalados, os óleos essenciais promovem redução da dor e da ansiedade, resultando em mudanças tanto físicas como psicológicas, por meio das transferências dos impulsos nervosos ao cérebro, levando à liberação de neurotransmissores capazes de estimular, suprimir e acalmar (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019), o que mostrou-se muito eficaz na redução da dor oriunda do processo parturitivo (SILVA et al., 2019).

Com relação à técnica de utilização do rebozo no TP, Vinaver et al. (2015), afirmam em seu livro que este recurso pode ser implementado desde a gestação, assim como no parto e pós-parto. Oliveira (2016), corrobora com isto e acrescenta, ainda, que sua utilização permite à mulher suportar com mais tranquilidade as dores, proporcionando, também, uma grande interação entre parturiente e executor, criando um laço que facilita todo o processo, além de dar suporte para que a parturiente possa ficar em várias posições distintas. Os estudos evidenciaram que a utilização deste método promoveu significativamente o relaxamento, a melhora na amplitude de movimentos, bem como a redução das dores da parturiente.

No tocante à acupuntura, a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária (BRASIL, 2015). Devido sua eficácia e segurança, a prática também é recomendada pela OMS.

Observou-se que este MNF dispõe de inúmeras vantagens durante o TP para o binômio mãe-filho, segundo Cherobin, Oliveira e Brisola (2016). Tais vantagens atestam que a



utilização da acupuntura como MNF para alívio da dor se mostrou muito eficaz no decorrer do TP por permitir à parturiente uma redução da percepção dolorosa, tornando o processo parturitivo menos enfadonho e doloroso.

Diante de todo o exposto, é mister mencionar que, no cenário de um TP, a presença da enfermagem obstétrica na assistência à parturiente contribuiu para a implementação de práticas humanizadas de cuidado, essencialmente no que concerne à utilização dos MNF para alívio da dor supracitados. Desta forma, a seguir, demonstrar-se-á a atuação e significância da enfermagem obstétrica neste processo.

4. ATUAÇÃO E RELEVÂNCIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PROCESSO PARTURITIVO

Amparado pela OMS, o movimento de humanização do parto enfatiza vigorosamente a utilização dos MNF de alívio da dor no processo parturitivo (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Estes têm sido colocados como uma eficaz opção com o intuito de substituir os analgésicos e anestésicos ainda grandemente utilizados, muitas das vezes desnecessariamente, pois podem trazer malefícios tanto à parturiente como ao feto (BARROS; ALBUQUERQUE, 2014). As práticas assistenciais utilizadas pela enfermagem têm a mulher como foco principal, bem como sua fisiologia de parto, não fazendo uso de práticas desnecessárias (PEREIRA et al., 2018).

Conforme mencionado anteriormente, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, habilita a enfermagem obstétrica a assistir as parturientes em partos normais e identificar possíveis distócias, tomando as providências cabíveis, até a chegada do médico. Desde 1998, o MS qualifica profissionais de enfermagem para inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias (BRASIL, 2017). É mister enfatizar que a enfermagem prepara a mulher para o parto desde o pré-natal. Ainda durante as consultas de enfermagem, a mulher recebe uma gama de informações e orientações acerca de todo o trâmite de um parto, bem como sobre os demais assuntos que permeiam a temática, preparando, desde já, esta gestante física e emocionalmente.

Desta forma, a enfermagem obstétrica é destacada pela OMS como os melhores profissionais para assistir o parto normal ou de baixo risco (BRASIL, 2017), evidenciando, com isto, sua imensurável relevância no contexto da saúde da mulher, em seus mais variados aspectos.

Todos os cuidados prestados pela enfermagem obstétrica à parturiente são baseados em evidências científicas e amparados pela OMS e por lei. Estes cuidados asseguram à parturiente segurança nos procedimentos, respeito por sua fisiologia e assistência digna e integral. (PEREIRA et al., 2018).

Com base nisto, compreende-se que, a despeito da via de parto, configura-se como um dever o cuidado holístico por parte da equipe de saúde, sendo direito da parturiente e da família a humanização da assistência (VELHO et al., 2012). Uma correta e segura assistência obstétrica, com o menor número de intervenções possíveis, contribui para mãe e

recém-nascido saudáveis (SILVA et al., 2013), e tem o propósito de garantir a melhoria do processo do parto, promovendo nascimentos mais saudáveis e prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal, conforme bem observam Cordeiro et al. (2018).

Assim, tem-se que tais práticas holísticas realizadas à parturiente proporcionem bem-estar tanto a ela como ao bebê, sendo estas práticas as menos invasivas possíveis, no que tange à sua fisiologia e aos seus aspectos psicossociais (PEREIRA et al., 2018).

Assim sendo, a enfermagem obstétrica tem um relevante papel na realização dos cuidados prestados à parturiente, proporcionando à mesma práticas humanizadas, equitativas e integralizadas de cuidado durante todas as etapas do parto. Para isto, a equipe de enfermagem presta cuidados holísticos, visando primordialmente a saúde e o bem estar do binômio mãe-bebê, principalmente no que diz respeito à humanização desse cuidado. Neste sentido, a comunicação é tida como a âncora fundamental da assistência de Enfermagem à parturiente, a qual pode ser realizada de formas diversas, verbais e não verbais (BESERRA et. al, 2019). Fazer com que a mulher se sinta apoiada, segura, confiante, acolhida e com liberdade de se expressar é a essência do cuidado humanizado prestado pela equipe de enfermagem (BESERRA et. al, 2019). Uma comunicação efetiva entre a parturiente e a equipe de assistência resulta em um TP mais ameno e mais significativo para a mulher. Em consonância com a afirmação, um estudo realizado em um Centro de Parto Normal na cidade de São Paulo constatou que a presença de um bom relacionamento entre a enfermagem e a parturiente proporciona uma melhor estabilidade da mulher durante o processo parturitivo (JAMAS, HOGA, REBERTE, 2013).

A equipe de enfermagem, deste modo, oferece suporte emocional, tão necessário em todas as etapas do TP, promove medidas de conforto para alívio da dor, sejam farmacológicas (prescritos pelos obstetras) ou não farmacológicas (escopo deste trabalho), passam informações, tiram dúvidas, bem como realizam previamente orientações sobre os procedimentos a serem realizados. No tocante a este tema, priorizar a vontade da mulher e a deixar previamente ciente dos procedimentos é algo prioritário pela equipe de enfermagem, pois permite à mulher participar das decisões, salvo, é claro, nas situações onde ocorreria risco a ela e/ou ao feto.

Também faz parte das atribuições da enfermagem a identificação das necessidades de cada paciente, de acordo com o roteiro descrito nos guias de enfermagem obstétrica (BRASIL, 2017). Estas necessidades são observadas à medida que o TP evolui, onde é dispensada a cada parturiente a assistência necessária. É importante realizar ações de educação à parturiente, como transmitir conhecimentos básicos da fisiologia e evolução do TP (BRASIL, 2017), para que a mesma sinta-se mais confiante e que situações de estresse possam ser minimizadas.

Assim sendo, o cuidado humanizado prestado pela equipe de enfermagem durante o processo parturitivo promove à parturiente o protagonismo da situação, a autonomia da mulher nesta experiência única que é o parto, sua privacidade, sem interferências desnecessárias, respeitando as escolhas cabíveis (PORTELLA, 2014). Versiani et al. (2014) descrevem as valiosas contribuições da enfermagem como medidas que respeitam o protagonismo da mulher, que valorizam o parto normal, que proporcionam dignidade, privacidade, apoio, orientação, segurança, e que promovem eficazmente medidas de alívio da dor.



Medidas simples como livre ingestão hídrica e oferta de dieta, permitir a presença de acompanhante escolhido pela mulher (amparado pela lei nº 11.108 / 2005), permitir à mulher liberdade de movimentos, respeito aos seus desejos, uso dos MNF para alívio da dor, consentir o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido e estimulação da amamentação precoce configuram como implementação da humanização do parto e pós parto, bem como asseguram a concretização de direitos básicos da parturiente (RIBEIRO et. al, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam como boas práticas no TP a oferta de líquidos à parturiente, a estimulação para adoção de posições verticalizadas, a liberdade de escolha de movimentos e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, com fulcro no conforto, relaxamento e melhor desenvolvimento do TP (LEAL et al, 2014).

Ratificam essa premissa Possati et al. (2017), onde afirmam que os cuidados humanizados prestados pela enfermagem irão oportunizar às parturientes mais confiança e tranquilidade no decorrer do parto, perfeição das condições de nascimento, contribuindo para a redução de cesarianas desnecessárias, promovendo respeito pela mulher, realizando, assim, todo o suporte necessário e proporcionando medidas benéficas ao binômio mãe-bebê.

Por fim, a equipe de enfermagem obstétrica põe em prática os MNF para alívio da dor, muitas vezes ainda desconhecidos pela parturiente. A enfermagem transmite a informação de como realizá-los, bem como os faz junto com a parturiente, quando possível, prestando o auxílio necessário. Os métodos podem ser realizados isoladamente ou paralelo a outros métodos, desde que a parturiente sinta-se confortável com a realização dos mesmos.

Os cuidados prestados pela enfermagem obstétrica são imensuravelmente cruciais, pois proporcionam o respeito à parturiente nos âmbitos fisiológicos, emocionais e socio-culturais, promovendo o cuidado de forma holística, permitindo um atendimento e um parto mais humanizado, equitativo e integralizado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que existem inúmeras maneiras não farmacológicas para se tentar atenuar o desconforto proveniente da dor em um TP. Como estudado, a dor é algo fisiológico e é imprescindível que seja sanada ou minimizada, para uma melhor evolução do TP. Deste modo, a parturiente pode dispor da realização das condutas não farmacológicas que desejar ou julgar pertinente no contexto do TP, sempre orientadas pela equipe de enfermagem.

Os estudos atestaram a efetividade e o êxito das estratégias não-farmacológicas de redução da dor, evidenciando seu efeito positivo e sua significativa diferença na condução da minimização da percepção dolorosa e dos fatores que podem vir a desencadear ou maximizar a dor. Por isto, faz-se necessário informar quanto à existência e prática destas técnicas às parturientes, bem como a educação dos profissionais no tocante aos MNF nas instituições obstétricas.

Assim sendo, o objetivo maior da humanização no parto é proporcionar um melhor atendimento à mulher e ao recém-nascido, integralizando o cuidado prestado a estes. Neste contexto, a equipe de enfermagem obstétrica favoreceu indubitavelmente a efetivação e execução das práticas de humanização no cenário do parto, pois são profissionais legalmente e tecnicamente habilitados para tal e que acompanham a parturiente em todo o decurso do TP, evidenciando, com isto, sua imensurável e valorosa relevância no contexto de todo o processo parturitivo.

Referências

ABREU, Miguel Fernandes de; SOUZA, Telma Ferreira de; FAGUNDES, Diego Santos. Os Efeitos da massoterapia sobre o estresse físico e psicológico. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Blumenau, 3(1): p. 101-105, 2012.

ABREU, Nathalia de Souza; CRUZ, Marinéa Vicentina da; GUERRA, Zaqueline Fernandes; PORTO, Flávia Ribeiro. Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, 5(1): p. 7-15, 2013.

ARAÚJO, Alane da Silva Clemente; CORREIA, Amanda de Medeiros; RODRIGUES, Diego Pereira; LIMA, Laís Montenegro; GONÇALVES, Sabrina de Santana; VIANA, Alana Priscilla da Silva. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 12(4): p. 1091-6, abr, 2018.

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas; ALBUQUERQUE, Ana Paula dos Santos. Conduas de enfermagem no diagnóstico da dor e a classificação dos resultados. **Revista Dor São Paulo**, 15(2): p. 107-11, abr/jun, 2014.

BORJA, Thayana Jovino; FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; SANTOS, Larissa Sales dos; NASCIMENTO, Bruna Grasielle da Silva; LIMA, Débora Rodrigues Alves de; SILVA, Jessyka Cibelly Minervina da Costa. O cuidado prestado por doulas em uma maternidade pública: o olhar das puérperas. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 8:e2878, 2018.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.485-502, abr-jun, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília:MS;2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/glossario_pics.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2ª edição, Brasília - DF, 2015. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília – DF, 2017. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: protocolo: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

BRASIL. DF. **Lei número 7.498**, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.



htm. Acessado em 20.03.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, 2017. Disponível: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 20/03/2022.

CAVALCANTI, Ana Carolina Varandas; HENRIQUE, Angelita José; BRASIL, Camila Moreira; GABRIELLONI, Maria Cristina; BARBIERI, Márcia. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. P. 1-9, 2019.

CHEROBIN, Fabiane; OLIVEIRA, Arnildes Rodrigues; BRISOLA, Ana Maria. Acupuntura e auriculoterapia como métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. **Cogitare Enfermagem**, 21(3): p. 01-08, jul/set, 2016.

COHEN, Susanna R; THOMAS, Celeste R. Técnica rebozo para mal posicionamento fetal no trabalho de parto. **Livraria Nacional de Medicina**. 60(4): p. 445-51, jul/ago, 2015.

CORDEIRO, Eliana Lessa; SILVA, Tânia Maria da; SILVA, Liniker Scolfield Rodrigues da; VELOSO, Ana Cecília Fragoso; PIMENTEL, Renata Valéria Teixeira; CABRAL, Michele Marinho de Oliveira; SILVA, Camila Mendes da. A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 12(8): p. 2154-2162, ago, 2018.

CORDEIRO, Eliana Lessa; SILVA, Tânia Maria da; SILVA, Liniker Scolfield Rodrigues da; PIMENTEL, Renata Valéria Teixeira; VELOSO, Ana Cecília Fragoso; CABRAL, Michele Marinho de Oliveira; SILVA, Camila Mendes da. A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 12(8), 2018.

CRUZ, Carolline Bittencourt da; COSTA, Carla Lorena de Araujo; BRITO, Raiane Santos de; REIS, Luana de Jesus; SÁ, Lília Tatiane dos Santos; PACIÊNCIA, Izadora Santos. Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Volume Suplementar n.41, e-2731, p. 1-8, 2020.

DODOU, HILANA DAYANA; SOUSA, ALBERTINA ANTONIELLY SYDNEY DE; BARBOSA, ERYJOSY MARCULINO GUERREIRO; RODRIGUES, DAFNE PAIVA. Delivery room: working conditions and assistance humanization. **Cadernos Saúde Coletiva**, 9;25(3): p. 332-338, out, 2017.

GALLO, Rubneide Barreto Silva; SANTANA, Licia Santos; MARCOLIN, Alessandra Cristina; DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, 64(1): p. 33-40, 2018.

GALLO, Rubneide Barreto Silva; SANTANA, Licia Santos; FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; MARCOLIN, Alessandra Cristina; POLINETO, Omero Benedicto; DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria. Massage reduced severity of pain during labour: a randomized trial. **Journal of Physiotherapy**, 59(2): p. 109-116, 2013.

GIERO, Mayara. **Teorias e técnicas de massagem**. Uniasselvi, 2017.

GOMES, Edilma Correia Honorato; DAVIM, Rejane Marie Barbosa. Prática do enfermeiro obstetra quanto ao alívio da dor de parturientes. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 12(12): p. 3426-35, dez, 2018.

GOMES, Linicarla Fabiole de Souza; COSTA, Camila Chaves da; REBOUÇAS, Cristiana Brasil de Almeida; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Reflections on the promotion of health in the context the program humanization prenatal and birth. **Journal Nursing UFPE**, 6(7): p. 1721-1728, jul, 2012.

GUIDA, Natasha Faria Barros; LIMA, Gabrielle Parrilha Vieira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**. 17(3): p. 531-537, jul/set, 2013.

HAMIAMINI Zahra; MASOUD Sirati Nir; EBADI Abbas; MAHBOUBH Afzali; MATIN Ali Asgari. Comparando os efeitos da massagem com gelo e acupressão na redução da dor do parto. **Pubmed.gov**, 18: p.169-72, 2012.

HENRIQUE, Angelita José; GABRIELLONI, Maria Cristina; RODNEY, Patricia; BARBIERI, Márcia. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: a

randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Practice**, 24(3): e12642, 2018.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Women's narratives on care received in a birthing center. **Cadernos de Saúde Pública**, 39(12): p. 2436-2446, dec, 2013.

JILA, Ganji; ZAHRA, Jafari; AFSANER, Keramat. A eficácia da massagem na dor do parto e duração do trabalho de parto: revisão sistemática. **The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility**, 18: p. 19-27, 2015.

LEE, Shu-Ling; LIU, Chieh-Yu; LU, Yu-Yin; GAU, Meei-Ling. Eficácia de chuveiros quentes em trabalho de parto e experiências de parto durante a primeira etapa do trabalho de parto. **Revista de Obstetrícia, Ginecológica e Enfermagem Neonatal**. Vol 42, Ed 1, p. 19-28, jan, 2013.

LEHUGEUR, Danielle; STRAPASSON, Márcia Rejane; FRONZA, Edegar. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 11(12): p. 4929-37, dez, 2017.

LEMONS, Andrea. **Fisioterapia obstétrica baseada em evidências**. Medbook, 1ª ed, 2014.

LIMA, Marcela Cabral de Souza Araújo. **Implementação do balanço pélvico tipo cavaleiro na maternidade Professor Leide Moraes no município de Natal/RN**. 2019. 36 f. Trabalho de Conclusão do Curso - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

LORENCETTO, Stefani Bernardino; LEMES, Stephany Correia; BERTELLA, Camila Breviglieri; TUCI, Bianca Massari; MAIA, Janize Silva. Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. **Revista Científica de Enfermagem**. São Paulo, 11(34): p. 277-286, 2021.

MAFETONI, Reginaldo Roque; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**. 18(2): p. 505-512, abr/jun, 2014.

MELO, Patrícia de Souza; BARBIERI, Márcia; WESTPHAL, Flavia; FUSTINONI, Suzete Maria; HENRIQUE, Angelita José; FRANCISCO, Adriana Amorim; GABRIELLONI, Maria Cristina. Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. **Portal de Revistas de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem**, vol 33, São Paulo, 2020.

Ministério Público de Pernambuco - MPPE. **Humanização do Parto. Nasce o Respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Recife: Procuradoria Geral da Justiça, 2015. Disponível: <https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>

OLIVEIRA, Vera Lucia Pereira de. **A Utilização do Rebozo Durante o Trabalho de Parto - Uma Intervenção do EEESMO para a Promoção do Conforto da Parturiente**. 2016. 127 f. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2016.

PAVIANI, Bibiana Amaral; TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; GESSNER, Rafaela. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**. 23:e-1262, 2019.

PEREIRA, Pedro Samuel Lima; GOMES, Ivanilda Sepúlveda; RIBEIRO, Ítalo Arão Pereira; MORAIS, Jaqueline da Cunha; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; NASCIMENTO, Marcelo Victor Freitas; NETO, Francisco Florêncio Monteiro; SALES, Isabela Maria Magalhães. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 12(8): p. 2129-2136, ago, 2018.

PEREIRA, Ricardo Motta; FONSECA, Giovanna de Oliveira; PEREIRA, Ana Célia Cirino Costa; GONÇALVES, Gabrielly Antunes; MAFRA, Roberta Amaral. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(11): p. 3517-3524, 2018.

PORTELLA, M O. **Avanços e incoerências nas políticas de humanização do parto e nascimento**. Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática. Recife, Editora UFPE, 2014, p. 119-144.

POSSATI, Andrêssa Batista; PRATES, Lisie Alende; CREMONESE, Luiza; SCARTON, Juliane; ALVES, Camila Neumaier; RESSEL, Lúcia Beatriz. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. 21(4): p. 1-6, 2017.

PRATA, Juliana Amaral; PAMPLONA, Nayara Diniz; PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo José Oliveira; CORREIA, Luiza Mara; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. 26: e20210182, 2022.

RANJBARAN, Mehdi; KHORSANDI, Maahboobeh; MATOURYPOUR, ^{Pegah}; SHAMSI, Mohsen. Efeito da Massagem Terapêutica na Redução da Dor no Trabalho de Parto em Mulheres Primíparas: Uma Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaio Clínicos Controlados Randomizados no Irã. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, 22(4): p. 257-261, jul/ago, 2017.

REBOUÇAS, Cristiana; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; JÚNIOR, J C R; OLIVEIRA, G O B; ALMEIDA, Paulo César de. Comparative analysis of non-verbal communication between nurse and blind person. **Index Enfermagem**. 24(3):p. 134-138, jul, 2015.

RIBEIRO, J F; CRUZ, A C; CASTRO, J D S; LUZ, V L E S; MONTE, N F; BARBOSA, M G. Parturition experience: parturients perception about the normal birth and cesarean. **Journal Nursing UFPE**, 10(8): p. 2801-2808, ago, 2016.

SCHLAEGER, Judith M; GABZDYL, Elizabeth M; BUSSELL, Jeanie L; TAKAKURA, Nobuari; YAJIMA, Hiroyoshi; TAKAYAMA, Miho; WILKIE, Diana J. Acupuncture and Acupressure in Labor. **Journal of Midwifery & Women's Health**, 62(1): p. 12-28, jan 2017.

SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; VELOSO, Andrea Cristina da; OLIVEIRA, Avany Maura Gonçalves de; LOPES, Carla Cristina Rodrigues; ALVES, Celia Regina Boaventura, et al. **Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ**. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Márcia Fernandes. **Cuidados de enfermagem à mulher com dor do parto: transformações a partir da pesquisa-ação participativa**. 2016. 101 f. Dissertação (Pós-Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SILVA, Maria Andréia da; SOMBRA, Isabel Veras de Sousa; SILVA, Janaina Selegy Jacinto da; SILVA, Júlio César Bernardino da; DIAS, Leticia Rafaele Figueirôa de Melo; CALADO, Raíssa Soares Ferreira; ALBUQUERQUE, Nayale Lucinda Andrade; SILVA, Gêssyca Adryene de Menezes. Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, 13(2): p. 455-63, fev, 2019.

SOUZA, Cícera Aparecida Adjany Soares de; CALADO, Luana Feitosa; BARRETO, Kamila Steffanie Farias; BARBOSA, Soraya Santos Alves; OLIVEIRA, Belisa Ribeiro Duarte de. **Percepção de puérperas assistidas em uma maternidade no município de Caruaru-PE em relação ao parto normal**. 2019. 19 f. Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico, Caruaru. 2019.

TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectant mother's expectations for birth and their perceptions of delivery and birth preparation. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia**, 24(2):681-693, jun, 2016.

UFRJ. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto**. 2016. 3 f. Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions. **Texto e Contexto Enfermagem**, 21(2): p. 458-466, 2012.

VERSIANI, Clara de Cássia; RAMOS, Raissa Almeida; ANTUNES, Verônica Izabel Veloso Fonseca; FERNANDES, Lilian Lacerda; AGUIAR, Luciana Silva; PAULINO, Kelly Poliane Durães. Assistência ao parto no âmbito da enfermagem obstétrica: uma revisão integrativa. **Renome**, v. 3, n. 1, p. 77-85, 2014.

VINAVER, Naoli; KEIJZER, Mirjam de; TUYL, Thea van. **A técnica do rebozo revelada** - Guia de massagem para a gravidez e parto. Editora Ema Livros, 2015.

YUKSEL, Hilal; CAYIR, Yasemin; KOSAN, Zahide; TASTAN, Kenan. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. **Journal of Integrative Medicine**, 15(6): p. 456-61, 2017.

CAPÍTULO 26

ESQUIZOFRENIA: PERCEÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

***SCHIZOPHRENIA: NURSING PERCEPTION ABOUT QUALITY OF
LIFE***

Mércia Maria Gomes¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O estudo aborda a esquizofrenia com ênfase na percepção da enfermagem na qualidade de vida. Temática complexa que merece atenção pela forma como os profissionais e familiares lidam cotidianamente com o esquizofrênico, por se referir a uma doença que acomete não somente a saúde do indivíduo, mas sua qualidade de vida e atividades de vida diária, causando medos, ansiedades. A esquizofrenia é um problema de saúde da atualidade que atinge toda classe social, e afeta também os familiares. É de grande sofrimento tanto para o portador quanto para a família. Pela longa duração dessa doença, acumula-se um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno em diferentes graus de comportamento e necessidades. O ato de conhecer sobre a doença na teoria e prática compreende destacar o papel do enfermeiro na conscientização dos familiares sobre a esquizofrenia pelos, viabilizando as necessidades do paciente, facilitando a vida diária, um convívio agradável e tratamento do portador de esquizofrenia. É necessário elucidar como se dá a assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença, para que se promovam estratégias adequadas de atendimento. Portanto, o objetivo desse estudo foi elucidar, por meio de revisão bibliográfica, aspectos relacionados à esquizofrenia com vistas à atuação da enfermagem no tratamento dos pacientes portadores dessa doença. A equipe de enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, tem um papel importante na reabilitação ao paciente que sofre com transtornos mentais, como a esquizofrenia, pois é através desses profissionais que a assistência à saúde e acompanhamento ao portador serão realizados.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Cuidados de enfermagem. Saúde mental.

Abstract

The study addresses schizophrenia with an emphasis on nursing's perception of quality of life. A complex issue that deserves attention due to the way in which professionals and family members deal daily with the schizophrenic, as it refers to a disease that affects not only the individual's health, but also their quality of life and activities of daily living, causing fears, anxieties. Schizophrenia is a current health problem that affects all social classes, and also affects family members. It is of great suffering for both the patient and the family. Due to the long duration of this disease, a considerable number of people with this disorder accumulate in different degrees of behavior and needs. The act of knowing about the disease in theory and practice includes highlighting the role of nurses in raising awareness of family members about schizophrenia, enabling the patient's needs, facilitating daily work, pleasant living and treatment of the patient with schizophrenia. It is necessary to elucidate how nursing care is provided to patients and how they live with the disease, so that adequate care strategies are promoted. Therefore, the objective of this study was to elucidate, through a literature review, aspects related to schizophrenia with a view to the role of nursing in the treatment of patients with this disease. The nursing team, together with the multidisciplinary team, plays an important role in the rehabilitation of patients who suffer from mental disorders, such as schizophrenia, because it is through these professionals that health care and monitoring of patients will be carried out.

Keywords: Schizophrenia. Nursing care. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

A esquizofrênia é uma patologia mental que mais acomete indivíduos no setor psiquiátrico, considerada também um problema de saúde pública se refere a uma doença que não tem cura, somente tratamento para amenizar seu quadro sintomatológico.

Trata-se de uma patologia mental crônica, que não somente acomete a saúde mental do paciente, como também sua qualidade de vida, pois esta implica no afastamento social, nas suas habilidades e consequentemente nas suas rotinas de vida diária.

Sendo assim, a enfermagem é uma das profissões que lida diretamente com pacientes em tratamento psiquiátrico, assistindo e prestando assistência aos pacientes em todas as suas necessidades, contribuindo de forma significativa para seu estado de melhora. Além disso, cabe ressaltar que a esquizofrenia é uma doença que afeta a capacidade do indivíduo, dentre estas a de sentir, pensar e se comportar.

Caracteristicamente marcada por episódios de surtos, delírios, alucinações que afetam completamente a vida do esquizofrênico. Além disso, influencia diretamente no cotidiano do indivíduo, com seus familiares e consequentemente em sua qualidade de vida. Nesse contexto, a pesquisa teve o seguinte problema: Quais as contribuições da enfermagem no tratamento de pacientes esquizofrênicos?

O interesse pelo desenvolvimento do presente estudo se deu a partir do cotidiano vivenciado em hospital psiquiátrico com pacientes esquizofrênicos, percebendo que a doença impacta diretamente na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Tendo em vista que se trata de uma patologia grave, que apresenta episódios de surtos, delírios e alucinações e que a falta de medicamentos pode piorar o estado dos pacientes, e que consequentemente a enfermagem apresenta papel relevante no tratamento de pacientes com esquizofrênia, torna-se relevante desenvolver o presente estudo.

Assim, o objetivo geral do estudo foi compreender através da revisão de literatura a percepção da enfermagem em relação a esquizofrênia. Para melhor delineamento do estudo os objetivos específicos foram: Conhecer os principais aspectos que envolvem a esquizofrenia enquanto patologia, descrever os impactos da esquizofrênia na qualidade de vida dos esquizofrênicos e de seus familiares.

Assim, o objetivo geral do estudo foi discorrer a contribuição da enfermagem no tratamento de pacientes esquizofrênicos. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica exploratória de estudos literários pertinentes ao presente tema. A busca e coleta de dados foi realizada no banco de dados da Ciência e Saúde, Scielo, Bireme e Google Acadêmico, utilizando as palavras-chaves: esquizofrênia, enfermagem, percepção, família, qualidade de vida, pacientes, assistência. especificamente em artigos publicados entre os anos de 2015 a 2020.

2. ESQUIZOFRENIA: CONSIDERAÇÕES

2.1 Conceitos

Considerada um problema de saúde pública, a esquizofrenia é uma doença mental que carece de muitos gastos e causa muitos transtornos para as famílias do esquizofrênico. Se trata de uma patologia mais comuns na área da psiquiatria e que mais causa impacto na sociedade (FONSECA, 2013).

Se refere a uma síndrome de alta complexidade que envolve manifestações diversas e que influenciam no pensamento, percepção, emoção, movimentos e aspectos comportamentais do homem com esquizofrenia. Um distúrbio que afeta a capacidade da pessoa de pensar, sentir e se comportar com clareza. A causa exata da esquizofrenia não é conhecida, mas uma combinação de fatores, como genética, ambiente, estrutura e química cerebrais alteradas, pode influenciar.

A esquizofrenia é caracterizada por pensamentos ou experiências que parecem não ter contato com a realidade, fala ou comportamento desorganizado e participação reduzida nas atividades cotidianas (GIACON, 2013).

2.2 Sintomas

Eventos delirantes, alucináticos e catatônicos, além disso, se fazem presentes embotamento afetivo, alergia, avolição. Ambos os sintomas podem variar conforme as características dos pacientes e com o decorrer dos anos, seus efeitos podem se cumulativos podendo se agravar e persistir, sendo constituído como uma patologia psiquiátrica crônica, com prejuízos sociofuncionais marcantes (CORDEIRO, 2014).

O paciente esquizofrênico além disso, não tem noção da vida real pois passa a viver no mundo de alucinações e delírios, reduzindo, portanto, sua convivência com as pessoas da sociedade. Com as alucinações o paciente passa a ver e pensar em coisas e fatos que são inexistentes e isso implica diretamente nas suas atividades de vida diária. (CORDEIRO, 2014).

2.3 Epidemiologia

Se manifesta na adolescência ou início da idade adulta, entre 20 e 30 anos de idade. Sua frequência na população em geral é da ordem de 1 para cada 100 pessoas. No Brasil, estima-se que há cerca de 1,6 milhão de esquizofrênicos (FONSECA, 2015).

De acordo com a Organização de Saúde (2018, s/p):

Mundialmente o risco de desenvolvimento de esquizofrenia na população em geral é de 0,5% a 1%. O transtorno, em geral, pode ser diagnosticado en-

tre as idades de 15 a 35 anos. Os homens apresentam um risco de 1,4 a 2,3 vezes maior que as mulheres para desenvolverem a esquizofrenia. Nas mulheres o aparecimento da doença inicia-se geralmente aos 27 anos e nos homens aos 21 anos.

A doença pode surgir por volta dos 15 nos de idade, mas também tardiamente aos 50 anos, mas seu predomínio é em mulheres por conta da perda protetiva do estrogênio, mas comum em adultos. No entanto, as mulheres devem ter cuidados redobrados (CARDOSO, 2014).

3.4 Diagnóstico

O médico psiquiatra faz o diagnóstico da doença a partir dos sinais e sintomas. Não há nenhum tipo de exame de laboratório que permita confirmar o diagnóstico da doença. Geralmente, a esquizofrenia começa a se manifestar por volta dos 20 anos. Em adolescentes, o diagnóstico pode ser mais difícil, pois alguns sintomas são parecidos com sentimentos e situações que podem ser comuns da fase, tais como se afastar de amigos e familiares, ter baixo desempenho na escola, problemas no sono, humor instável, irritabilidade e desmotivação (CORDEIRO, 2016).

2.5 Tratamento

No que diz respeito ao tratamento a finalidade é controlar o quadro sintomatológico e favorecer a rotina do doente, bem como atividade laboral e relacionamento pessoal com amigos e familiares. O controle da esquizofrenia é feito por meio de duas abordagens: medicamentosa e psicossocial (FONSECA, 2015).

De acordo com Cordeiro (2016) o tratamento medicamentoso, grande parte dos pacientes fazem uso de medicação de forma contínua para não ter novas crises. Os medicamentos se dividem em antipsicóticos ou neurolépticos e têm duas funções principais, alívio dos sintomas na fase aguda da doença e prevenção de novos

episódios da doença. Além disso, um outro tratamento é a Terapia comportamental cognitiva, sendo crucial e necessária para atingir os benefícios do tratamento com medicamentos e reintegrar a pessoa com esquizofrenia à sociedade (CORDEIRO, 2016).

Os profissionais de enfermagem que atuam em hospitais psiquiátricos lidam diretamente com pacientes esquizofrênicos, e portanto, para muitos profissionais essa patologia causa dificuldades e transtornos até mesmo para a assistência de enfermagem prestada aos mesmos. Visto que, os aspectos comportamentais dos pacientes são de difícil compreensão, relacionamento, gerando um esforço maior dos profissionais que assistem pacientes com esquizofrenia (FONSECA, 2015).

Cabe frisar, que as causas da esquizofrenia são multifatoriais, dentre estas, causa de

ordem genética, bioquímica, fisiológica, estresse e psicopatológica, tem como principal consequência o sofrimento ao paciente, justamente por ser uma doença de gravidade crônica. A referida patologia é impactante, não somente afeta o paciente como seus familiares, a sociedade, visto que se trata de uma doença que só ameniza o quadro sintomatológico, não há cura para a mesma (CARVALHO, 2014).

Sendo assim, o sofrimento para os familiares é redobrado, pois muitos destes se veem se saída para sanar a patologia, praticamente se veem perdidos em relação a situação do ente esquizofrênico. Muitos familiares com condições para tratar o paciente fazem acompanhamento psiquiátrico com profissionais renomados, enquanto, outros os colocam em clínicas psiquiátricas pública. Às vezes, o sofrimento dos familiares é tão grande que nem visitas são realizadas (GIACON, 2013).

É importante mencionar, que o esquizofrênico também perde a autonomia para cuidar de si sozinho, passa a não ter cuidados com a higiene pessoal, carecendo de terceiros para realizar diariamente toda sua higiene. A soma de todos esses aspectos acaba interferindo na qualidade da vida do paciente (FONSECA, 2013).

As pessoas que tem a esquizofrenia convivem com limitações pessoais, ambientais, aspectos que interferem na qualidade de vida dos indivíduos, muitos destes vem de situação de pobreza e desemprego, bem como de ausência de habilidades sociais e cognitivas, e conseqüentemente não usufruem da qualidade de vida (CARVALHO, 2014).

O profissional de enfermagem, por lidar diariamente com esses pacientes, desempenham papel fundamental no tratamento destes, contribuindo para que estes possam ingerir medicamentos, sejam tratados de forma mais humana, possam ter uma higiene adequada, bem como contribuem consideravelmente para que estes possam ter qualidade de vida mesmo no âmbito do tratamento psiquiátrico, aspectos que podem fortalecer a melhora do paciente, mesmo sabendo que a esquizofrenia é uma doença que não tem cura (CARVALHO, 2014).

Além disso, cabe aos familiares contribuir para com a saúde e qualidade de vida de seus entes esquizofrênicos, ter uma percepção humanizada do quão é importante para os mesmos terem a família por perto, mesmo diante dos surtos psicóticos e delírios (CARDOSO, 2014).

Portanto, é de primordial importância que os profissionais de enfermagem, psiquiatras e a família possam trabalhar em conjunto para acolher o paciente e assisti-lo em suas necessidades, bem como contribuir para a melhora da sua qualidade de vida, que é primordial para que estes tenham pelo menos uma melhora em relação ao seu quadro sintomatológico, pois são aspectos que se relacionam (ELOIA, 2014).

3. IMPACTOS DA ESQUIZOFRÊNIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS ESQUIZOFRÊNICOS E DE SEUS FAMILIARES

A esquizofrenia é um problema de saúde da atualidade, abstraindo considerável investimento do sistema de saúde. E causa grande sofrimento tanto para o portador quanto para a família. Pela baixa incidência e a longa duração dessa doença, ao longo dos anos, acumula-se um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno em diferentes graus de comportamento e necessidades (GIACON; GALERA, 2006).

A esquizofrenia é constituída por um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas, mas caracterizados por distorções do pensamento, da percepção, por inadequação do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual. O paciente tem a sensação de que seus pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos ou partilhados por outros. Pode desenvolver delírios explicativos de que forças externas influenciam pensamentos e ações, de formas muitas vezes bizarras (BRASIL, 2012).

Mudanças feitas na assistência em saúde mental, com base no movimento da reforma psiquiátrica, adotaram a reabilitação psicossocial como fundamental para o processo de trazer esse paciente novamente a sociedade. Essa mudança engloba o envolvimento contínuo dos profissionais da saúde, pacientes e familiares (BRASIL, 2012).

O sofrimento para os familiares é redobrado, pois muitos destes se veem se saída para sanar a patologia, praticamente se veem perdidos em relação a situação do ente esquizofrênico. Muitos familiares com condições para tratar o paciente fazem acompanhamento psiquiátrico com profissionais renomados, enquanto, outros os colocam em clínicas psiquiátricas pública. Às vezes, o sofrimento dos familiares é tão grande que nem visitas são realizadas (GIACON, 2013).

É importante mencionar, que o esquizofrênico também perde a autonomia para cuidar de si sozinho, passa a não ter cuidados com a higiene pessoal, carecendo de terceiros para realizar diariamente toda sua higiene. A soma de todos esses aspectos acaba interferindo na qualidade da vida do paciente (FONSECA, 2013).

As pessoas que tem a esquizofrenia convivem com limitações pessoais, ambientais, aspectos que interferem na qualidade de vida dos indivíduos, muitos destes vem de situação de pobreza e desemprego, bem como de ausência de habilidades sociais e cognitivas, e conseqüentemente não usufruem da qualidade de vida (CARVALHO, 2014).

3.1 Fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida dos esquizofrênicos

Existem muitos fatores que podem influenciar na qualidade de vida do homem, os quais estão presentes todos os dias na vida das pessoas e que corroboram para que o indivíduo não a tenha. A existência destes fatores expõe o homem a inúmeras conseqüências (LIMA, 2015).



Um dos grandes contribuidores para má qualidade de vida é falta de habitação, sabe-se que parte da população do país ainda se vê morando em ruas, de aluguel, ou em casas cedidas por outrens, justamente por se tratar de uma parcela que não dispõe de recursos financeiros para ter sua própria moradia, por não terem um emprego digno que possibilite que os mesmos possam ter acesso à moradia. Mesmo diante dos benefícios sociais que existem na atualidade, os dados de pessoas sem moradia ainda são consideravelmente altos, aspecto que se faz presente na vida de indivíduos com esquizofrênia (LIMA, 2016).

De acordo com Mayoga (2015) parte dos brasileiros não têm moradia, conforme o relatório do Programa das Nações Unidas para assentamentos de seres humanos. Frente as iniciativas do governo, tais como o programa de habitação Minha Casa Minha Vida, os problemas habitacionais vêm se tornando cada vez mais graves. Muitos dos especialistas em habitação, referem que estes números, bem como os casos de invasões e de população nas favelas aumentam devido as pessoas não terem moradia, chegando a um índice de 11,4 milhões, segundo os dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Um fator que implica consideravelmente é o desemprego, onde milhares de pessoas se encontram nessa situação, passam por necessidades que as privam de ter acesso a uma adequada alimentação por conta do desemprego de um ou mais membros da família, impactando diretamente na qualidade de vida dos brasileiros, em especial no cotidiano da população da terceira idade (MARYOGA, 2015).

Além disso, ainda existe os casos de fome que decorre do desemprego. Muitas famílias não têm o que comer, nem tampouco como comprar alimentos para sobreviverem. Alguns destes, vivem apenas com aposentadoria e isto quando os mesmos conseguem receber os benefícios, algumas pessoas sequer recebem, pois não sabem de seus direitos, ou mesmo pela onerosidade do processo para receber o mesmo (MELUCCI, 2014).

Sabe-se, que grande parte dos brasileiros esquizofrênicos são excluídos da sociedade, e dentre as inúmeras causas existentes, a falta de dinheiro ainda é considerada um dos principais responsáveis por inibir a qualidade de vida e o acesso das pessoas aos meios imprescindíveis, sendo um dos principais inibidores para terem acesso aos meios sociais que levam que permitem às pessoas usufruir das condições básicas de vida, que apesar de essenciais, nem todos têm acesso

Estes fatores têm maior incidência nas grandes cidades em virtude do êxodo rural. Nessas localidades, o número de escolas e hospitais, por exemplo, não é suficiente para atender adequadamente a população brasileira que se encontra na sociedade, que busca tratamento para doença. (LIMA, 2016).

Os problemas sociais são relacionados de uma forma ainda mais complexa, fato que se deve principalmente pelos altos índices de desemprego no país, que por sua vez culminam na falta de dinheiro, que se faz essencial em diversos aspectos e que este se faz necessário, e a falta desde pode levar a outros problemas como aumento da criminalidade e violência (MAYOGA, 2015).

É relevante mencionar, que outro fator é o tratamento desumano, também considerado um dos maiores problemas enfrentados pelos brasileiros esquizofrênicos, a falta de acesso à saúde. A população enfrenta grandes dificuldades para ter acesso à saúde, a um

atendimento digno em postos de saúde e hospitais.

Os poucos hospitais que existem no país se encontram superlotados, com pacientes a espera de atendimento digno em relação a esquizofrenia, é um desrespeito com a população, inclusive com pessoas que se encontram nas condições dessa doença. A falta de atendimento digno no âmbito hospitalar, seja por falta de médicos, por falta de leitos, já levam muitos pacientes esquizofrênicos a não terem qualidade de vida e atendimento digno merecido (MELUCCI, 2016).

4. CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

O profissional de enfermagem, por lidar diariamente com esses pacientes, desempenham papel fundamental no tratamento destes, contribuindo para que estes possam ingerir medicamentos, sejam tratados de forma mais humana, possam ter uma higiene adequada, bem como contribuem consideravelmente para que estes possam ter qualidade de vida mesmo no âmbito do tratamento psiquiátrico, aspectos que podem fortalecer a melhora do paciente, mesmo sabendo que a esquizofrenia é uma doença que não tem cura (CARVALHO, 2014).

Além disso, cabe aos familiares contribuir para com a saúde e qualidade de vida de seus entes esquizofrênicos, ter uma percepção humanizada do quão é importante para os mesmos terem a família por perto, mesmo diante dos surtos psicóticos e delírios (CARDOSO, 2014).

Portanto, é de primordial importância que os profissionais de enfermagem, psiquiatras e a família possam trabalhar em conjunto para acolher o paciente e assisti-lo em suas necessidades, bem como contribuir para a melhora da sua qualidade de vida, que é primordial para que estes tenham pelo menos uma melhora em relação ao seu quadro sintomatológico, pois são aspectos que se relacionam (ELOIA, 2014).

E difícil estabelecer uma relação de trabalho eficaz num primeiro momento com os pacientes esquizofrênicos, por serem muitos desconfiados e terem seus mundos. O enfermeiro deve se lembrar de que esses tipos de pacientes levam qualquer coisa a sério e são extremamente sensíveis a reações e motivações de outras pessoas. Isso requer do profissional de enfermagem um grande cuidado ao lidar com essas pessoas (VIDBECK, 2012).

No contato inicial esse paciente estará em uma situação de conflito, sentindo necessidade de falar sobre o que o angustia. O vínculo é um passo importante para que seja estabelecido o relacionamento interpessoal (COLS, 2010), através do qual o enfermeiro observa os aspectos biopsicossociais do ser, observando efeitos colaterais da medicação e acompanhando a saúde geral do paciente (VIDBECK, 2012).

A abordagem do Enfermeiro deve usar empatia seguida de palavras claras, diretas e simples; questionar cuidadosamente os conteúdos trazidos pelo paciente para diferenciar o delírio da realidade; trazer o paciente para a realidade, observando, escutando e acres-



centando, cautelosamente, conteúdos reais; intervir na

diferenciação entre ilusão e a realidade; evitar julgar os comportamentos bizarros, respeitando o paciente (HIRDES, 2009). O enfermeiro pode se envolver em diversas atividades, como a visita domiciliar, trabalhos em grupos com os pacientes em oficinas com trabalhos que estimulem um controle emocional. O controle emocional é importante, uma vez que esses pacientes costumam se sentir desconfortável na presença de outras pessoas, o que exige a intervenção do enfermeiro para que não haja uma retração e isso mude a sua interação na comunidade, auxiliando esses pacientes a praticar a habilidade de controlar e resolver sua emoção.

Além disso, esses pacientes podem ser bastante sensíveis sobre a autoestima e responder com emoções exageradas. A enfermagem trabalha para ajudá-los a utilizar seus pontos fortes e qualidades perante a situação, dando-lhes um feedback positivo sobre sua capacidade de lidar com a situação, deixando-os cientes da sua autoconfiança (VIDBECK, 2012).

É necessário, além de todo carinho e atenção, colocar limites claros quando o paciente não consegue, pois, os pacientes costumam negar coisas que foram feitas por eles. Isso envolve o esclarecimento ao paciente quanto à necessidade do tratamento e até mesmo hospitalização (VIDBECK, 2012).

Outros aspectos apontados pelos mesmos autores envolvem pontualidade, manter o compromisso e ser particularmente direto é essencial para que ocorra êxito na relação paciente e enfermeiro. Uma vez que esses pacientes necessitam se sentir no controle, tudo isso é importante para desenvolver os planos de cuidados para com o paciente, para sua melhora e progressão no tratamento (VIDBECK, 2012).

O cuidado de enfermagem com a família também é de extrema importância e tem se mostrado bastante útil por permitir observar a evolução do paciente perante o seu meio social e de sua família, além de contribuir para uma melhor articulação com a comunidade possibilitando que esse paciente se sinta incluso na sociedade. A promoção do acesso do paciente e sua família aos recursos da comunidade podem contribuir para a reabilitação do doente e da família (VIDBECK, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esquizofrênico sofre com o quadro da doença e o mesmo sente em especial alterações diretas em sua saúde emocional e conseqüentemente de seus familiares. Dessa forma, é relevante que sejam criadas estratégias que contribuam com a melhora da qualidade de vida do mesmo, e o indivíduo tenha melhora em sua saúde em todos os aspectos.

Sendo assim, a assistência de enfermagem se faz de fundamental relevância nesse sentido, sendo importante criar estratégias no atendimento de indivíduos com pacientes com esquizofrenia.

Referências

- CARDOSO, Lucilene. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta paul. enferm.** 2014.
- CARVALHO, J. C. Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.** Porto, n.8, p.52-57, 2014.
- CORDEIRO, F. R. et al. Cuidados de Enfermagem à pessoa com esquizofrenia: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFSM.** Santa Maria, v.2, n.1, p.174- 181, 2014.
- ELOIA, Sara Cordeiro et al. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: Uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, out-dez. 2014.
- FONSECA, L. M. Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.25, n.1, p.61-67, 2013.
- GIACON, Bianca Cristina .Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira Enfermagem,** Brasília, v. 66, n. 3. 2013.
- LIMA, A.O. **Esquizofrênicos e a qualidade de vida.** São Luís. UNICEUMA, 2015.
- LIMA, A.O.L. **Fatores que implicam na qualidade de vida de indivíduos com esquizofrênia:** revisão de literatura. Estacio. Rio de Janeiro, 2016.
- MAYORGA,C.E. **Impactos na qualidade de vida da população .**Rio de Janeiro, 2015.
- MELUCCI, A. **Aspectos sociais e sua influência na qualidade de vida de esquizofrênicos .** Universidade degli Studi di Milano. Tradução de Angelina Teixeira Peralva. In: Revista Young: v.4, n. 2, 2014.

CAPÍTULO 27

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO NEONATO PREMATURO

***IMPORTANCE OF NURSING ASSISTANCE TO THE PREMATURE
NEWBORN***

Leandro Rego Santos¹

Naria Cristina França Melo²

Aline Bianca Pinheiro Pereira²

Ana Cláudia Rodrigues Alves²

Angela Gabriela de Araujo Costa Moura³

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa

Mayara Antonia Rego Santos⁴

Evelyn Moreira Silva²

Marcia Cristina Dias Araújo²

1 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Graduada em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

3 Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

4 Nutricionista, Faculdade Santa Terezinha-Cest, São Luís-Maranhão

Resumo

A prematuridade tem sido compreendida como um problema de saúde pública grave no Brasil, além dos problemas que podem ser desenvolvidos a partir das complicações a longo prazo decorrentes de sequelas e cuidados especiais e intensos para a sobrevivência. Este material tem por objetivo geral compreender como o enfermeiro por meio de sua assistência pode contribuir em casos de prematuridade. A metodologia desta pesquisa constitui-se como uma revisão bibliográfica com base em estudos que apontam para o tema em questão, deu-se mediante análise de artigos, coletados e sistematização através de materiais disponibilizados em periódicos confiáveis como Google Acadêmico Capes e Scielo. A partir da análise aqui realizada dos estudos encontrados, possibilitou concluir que no que tange a assistência dada pela equipe de enfermagem ao neonato prematuro mostrou-se fundamental para a efetivação de cuidados e métodos interventivos, pois os mesmos desempenham importante papel na orientação, acompanhamento e do recém-nascido e familiares.

Palavras-chave: Neonato; Enfermagem; Assistência.

Abstract

Prematurity has been understood as a serious public health problem in Brazil, in addition to the problems that can be developed from the long-term complications resulting from sequelae and special and intense care for survival. This material has the general objective of understanding how nurses, through their assistance, can contribute in cases of prematurity. The methodology of this research is constituted as a bibliographic review based on studies that point to the subject in question, through the analysis of articles, collected and systematization through materials available in reliable journals such as Google Academic Capes and Scielo. From the analysis carried out here of the studies found, it was possible to conclude that with regard to the assistance given by the nursing team to the premature neonate, it proved to be fundamental for the effectiveness of care and interventional methods, as they play an important role in the orientation, monitoring and of the newborn and family members.

Key-words: Neonate; Nursing; Assistance



1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê prematuro é um acontecimento que deixa o recém-nascido em estado vulnerável podendo vir a ter complicações no seu desenvolvimento, levando-o a passar por diversos tipos de procedimentos devido a sua então fragilidade, além de algumas limitações nas habilidades funcionais. A maneira como os profissionais de saúde exerce o cuidar pode influenciar no processo de saúde e doença do neonato e no seu crescimento e desenvolvimento, considerando que o neonato necessita de cuidados em seu todo, de cuidado profissional e expressivo.

A enfermagem tem como principal foco de trabalho o desenvolvimento do cuidado ao ser humano em todas as fases do seu desenvolvimento. O trabalho da enfermagem realizado com o recém-nascido caracteriza-se por ser um desafio constante, uma vez que este requer cuidados precisos, constante vigilância, habilidades, conhecimentos e sensibilidade, uma vez que este ainda não consegue se expressar com palavras, cabe um olhar minucioso do profissional em enfermagem.

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos para atender as necessidades de cada recém-nascido de maneira individualizada. Assim o trabalho da equipe deve estar voltado para a promoção de cuidados de qualidade durante o período de internação destes. Os cuidados ao recém-nato que acabam por ficar internados necessitam de cuidados por vezes complexos que requerem constante observação por parte dos enfermeiros.

O tema em questão aqui abordado justifica-se uma vez que o bebê prematuro deve receber uma assistência única, desenvolvida a partir de um trabalho de esforço coletivo, onde a finalidade maior seja o atendimento integralizado e humanizado, para tanto esse estudo se propõe a fazer uma reflexão em relação à assistência da enfermagem aos neonatos prematuros.

Esta pesquisa tem aspecto relevante uma vez que, os cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro são de fundamental importância para que sejam atendidas as necessidades e demandas de cuidados dessas crianças e aplicação de métodos que ofereçam maior conforto e eficácia na recuperação do bebê, a partir do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades práticas visando proporcionar um ambiente seguro e favorável a sua rápida recuperação.

No que tange ao problema delimitado nesta pesquisa, consiste em: Qual a importância da assistência dos profissionais de enfermagem para com recém-nascidos prematuros?

Dadas às premissas anteriormente mencionadas tem-se que o objetivo principal da pesquisa é compreender como o enfermeiro por meio de sua assistência pode contribuir em casos de prematuridade. A fim de se alcançar esse fim foram traçados os seguintes objetivos específicos: compreender os principais fatores que levam ao nascimento prematuro; descrever os cuidados de enfermagem em casos de prematuridade descritos na literatura; refletir acerca da importância da atuação profissional do enfermeiro junto ao neonato.

A metodologia desta pesquisa constitui-se como uma revisão bibliográfica com base em estudos que apontam para o tema em questão, deu-se mediante análise de artigos, coletados e sistematização através de materiais disponibilizados em periódicos confiáveis como Google Acadêmico, Capes e Scielo. A busca foi realizada por meio dos descritores: Neonato; Enfermagem; Assistência, em artigos publicados entre os anos de 2011 a 2021. Os materiais inclusos apresentavam data de publicação dos últimos 10 anos, nos quais contavam com material completo e em idioma português. No que diz respeito aos critérios de exclusão este trabalho não aceitou materiais com publicações de anos anteriores a 2011, disponíveis em periódicos não confiáveis e em língua estrangeira.

Nessa perspectiva, o primeiro capítulo apresenta uma discussão acerca dos possíveis fatores de riscos para o nascimento prematuro. O segundo capítulo se ocupa em trazer um apanhado acerca dos cuidados de enfermagem em casos de prematuridade e o terceiro e último capítulo tem seu direcionamento a compreensão acerca da atuação profissional do enfermeiro ao neonato.

2. FATORES DE RISCO PARA O NASCIMENTO PREMATURO

A gestação é entendida como um fenômeno de caráter fisiológico e se configura como uma importante experiência de vida, correspondente a inúmeras mudanças seja referente ao físico, emocional ou social. No entanto, esse estágio também se configura como uma situação limítrofe capaz de implicar em possíveis riscos para a mãe assim como para o feto, podendo ocasionar casos de prematuridade (BRASIL, 2012).

A prematuridade, tem por definição o fator referente ao tempo de nascimento, quando antes da 37ª semana de gestação, já pode ser considerado prematuro, a prematuridade é tida como um relevante problema de saúde pública. Diante desse entendimento, é possível suscitar que tal demanda exige atenção, considerando que o nascimento antecipado pode favorecer problemas e sequelas para os bebês e para a mãe (SILVA, 2015).

Rabelo *et al.* (2017, p. 32) corrobora na definição de prematuridade apontando também para a ocorrência do nascimento antecipado diante do tempo previsto, o que corresponde para a “falta de amadurecimento fetal ou da trigésima sétima de gestação característica utilizada para classificar esse parto em ordem cronológica, contando-se a partir do primeiro dia do último período menstrual”.

Assim, pode-se inferir que mediante a definição de prematuridade, o nascimento antecipado tem sido visto como um problema de saúde pública grave no Brasil, além dos problemas que podem ser desenvolvidos a partir das complicações a longo prazo decorrentes de sequelas e cuidados especiais e intensos para a sobrevivência. A atenção ao neonato pré-termo nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) são fundamentais para que haja a ofertada e devido atendimento ao RN (BRAGA; OKASAKI, 2017).

A partir dos dados acima e de acordo com a OMS ficou estabelecido como objetivo para o ano de 2025 a possibilidade de decréscimo da mortalidade infantil em aproximadamente 70%. Essa redução somente poderá acontecer mediante o estabelecimento de estratégias direcionadas para a melhoria da atenção voltada aos recém-nascidos e desti-



nadas aos prematuros, visando gerar impacto na redução de mortalidade para os próximos anos (LIMA, 2016).

Assim mediante a essa definição mais utilizada de prematuridade que considera a idade gestacional. A prematuridade também pode ser estabelecida por exames médicos específicos e laboratoriais, a minuciosa avaliação corporal e anatômica da criança, peso e altura são dados clínicos que permitem identificar o pré-termo, existem também classificações correspondentes ao nível de prematuridade, onde os bebês com nascimento entre 28 a 32 semanas muito prematuros e com menos de 28 semanas de gestação são tidos como extremamente prematuros (ALVES, 2017).

Mesmo existindo uma definição objetiva no que refere-se a prematuridade, não é possível referenciar como se tratando de uma população homogênea de bebês, isto considerando que, existe uma diversidade de experiências que envolvem o recém-nascido. Quando um bebê nasce antes do período estipulado este pode ou não precisar de determinados cuidados especiais e, então portanto, as vivências desse nascimento podem se mostrar variáveis (ARAÚJO; REZENDE, 2017),

Existe uma grande possibilidade quando ocorre o nascimento prematuro, que o RN precise de cuidados mais intensivos, busca por diagnósticos, risco de sequelas, cirurgias, tudo isso acaba por repercutir na vida dos pais e bebê, sem falar no medo de perder seu filho que assolam durante o período de internação (CARDOSO; NUNES; AQUINO, 2019).

A criança é classificada como prematura quando nasce com menos de 37 semanas de gestação. De maneira que, o bebê prematuro, tende a apresenta imaturidade morfológica e funcional. Além do fato que, muitos nascidos prematuros apresentam chances consideravelmente maiores de desenvolver algumas alterações no seu desenvolvimento, em consequência principalmente da imaturidade do sistema nervoso central (RABELO *et al.*, 2017).

O nascimento prematuro tem forte relação com as condições que levam a uma A prematuridade tem sido compreendida como um problema de saúde pública, tendo em vista que muitos importantes fatores podem ser observados no processo. Portanto, cabe aos profissionais realizar a identificação dos fatores de risco de maneira precoce, tendo em vista que são esses conjuntos de fatores que tem se mostrado responsáveis pelo nascimento prematuro proveniente de múltiplas causas, que normalmente são responsáveis pelo desencadeamento de complicações (OLIVEIRA, 2018).

A questão relacionada ao nascimento prematuro tem evidenciado os múltiplos fatores que a ocasiona, estes atingem as diversas classes sociais e geram altos custos para a família e sociedade, isto mostra um problema sério que deve ser melhor observado, pois compromete a estrutura da família, emoções modificam a perspectiva das famílias sobre o nascimento (SILVA, 2015).

O parto pré-termo compreende uma fisiopatologia ainda não esclarecida cientificamente e desinente de causas multifatoriais, o que torna a prevenção e o diagnóstico mais complexos e difíceis para os profissionais envolvidos no cuidado obstétrico e neonatal. Ademais, além das consequências clínicas, existem ainda as repercussões econômicas associadas à prematuridade, em razão dos cuidados que as famílias devem adotar mesmo

depois do período neonatal pelas sequelas causadas (GOMES, 2011).

Convém salientar que a importância clínica e obstétrica do diagnóstico precoce do parto prematuro reside na possibilidade de aumento dos dias de gestação mediante a intervenção em tempo hábil, a qual permitiria a melhora no peso fetal ao nascer associada à diminuição na morbidade e na mortalidade neonatal (BATISTA, 2012).

Há ainda as causas potencialmente preveníveis para o Trabalho de Parto Prematuro (TPP), que podem ser modificadas a partir de um olhar voltado para a da educação em saúde, cuidados com a alimentação, higiene adequada, minimização de esforços durante a gestação e outras tantas medidas. A assistência da enfermagem mostra-se essencial em auxiliar nessa educação da gestante, atuando de maneira significativa e fundamental para a redução de possíveis complicações relacionadas a função reprodutiva, por meio da assistência adequada ao ciclo gravídico (MARCONDES, 2012).

Os cuidados ao recém-nato que acabam por ficar internados necessitam de cuidados por vezes complexos que requerem constante observação por parte dos enfermeiros. A fragilidade dos recém-nascidos, a introdução e crescente implementação de procedimentos de alto risco em neonatos, constitui uma preocupação maior por parte dos profissionais (MONTANHOLI, 2018).

Frente a definição de cuidado acima é possível refletir sobre o cuidado, de modo que ele sempre se fez presente nas civilizações, a partir das evoluções e revoluções na área da saúde, onde a enfermagem está inserida, se torna possível inferir que houve a profissionalização do cuidado, buscando respaldo em outras ciências, como por exemplo, biológicas, humanas e seus atributos (SANTOS *et al.*, 2017).

Assim, o cuidado deve ser a essência da Enfermagem por sua relevância na Saúde, trazendo um diferencial o cuidado humanizado como ferramenta ao relacionamento entre paciente e enfermeiro. Os enfermeiros por suas atividades no meio hospitalar acabam por ter maior contato direta e indiretamente com os pacientes, e para isso é de suma importância o estabelecimento do cuidado humanizado, com olhar holístico visando compreender os pormenores envolvidos naquele atendimento (CABRAL *et al.*, 2017).

As formas como os profissionais de enfermagem cuidam poderá influenciar no processo de saúde e doença do neonato, além de contribuir para a saúde do processo de crescimento, o neonato necessita de cuidados em seu todo, de cuidado profissional e expressivo. A humanidade é identificada ou evidenciada principalmente pelo cuidado. O ato de cuidar designa amor, amizade, cura. Pode-se dizer que a cura envolve não somente o técnico-curativo, mas o sentimento universal de amizade e amor, expressos no cuidado. Daí não ter como deixar de cuidar, ou vir a tornar-nos robôs. O que parece ocorrer, entretanto, é o gradativo esquecimento dessa humanidade (FREITAS, 2019).

Assim, é importante ressaltar que a enfermagem tem direcionado seu olhar para a produção do cuidado humanizado, considerando as necessidades dos usuários, implicando ainda nas expectativas dos familiares, de modo que seja o cuidado humanizado um facilitador para o estabelecendo de vínculos entre esses, em consonância com os princípios da integralidade assistencial e da humanização (WALDOW, 2016).



Salienta-se que o cuidado quando direcionado na enfermagem pode se constituir como uma importante ferramenta do desenvolvimento do paciente que estimule a participação de sua família no contexto da hospitalização. Assim, o modelo do cuidado centrado no paciente e na família se configura como uma estratégia inovadora para o estabelecimento de uma parceria entre os enfermeiros, família e paciente, onde é fomentado o apoio e compartilhamento de informações, bem como estabelecendo-se o respeito mútuo (SANTOS *et al.*, 2017).

Para conseguir humanizar o atendimento de enfermagem é preciso que o cuidado seja proposto de maneira sensível e preparado o ambiente para fazer a diferença no cuidado ofertado, de modo que o paciente consiga ter um atendimento mais humano e integral. Em casos de prematuridade, a maneira como os profissionais de saúde exerce o cuidar pode influenciar no processo de saúde e doença do neonato e no seu crescimento e desenvolvimento (OLIVEIRA, 2018)

O neonato necessita de cuidados em seu todo, de cuidado profissional e expressivo. A assistência, portanto, não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas também para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, que vem do coração do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade e a particularidade de cada método (SANTOS *et al.*, 2017).

Entre os métodos mais utilizados é possível destacar o Método Canguru (MC), este por sua vez consiste em um modelo de amparo e assistência perinatal desenvolvido para o cuidado de modo humanizado no qual engloba uma série de importantes estratégias de interventivas que fomenta a maior participação da mãe junto à equipe de enfermagem e acesso ao seu bebê (CARDOSO, 2014).

Este método se ocupa primeiramente na promoção do toque, este vai evoluindo até a posição canguru, onde o bebê é colocado junto a barriga da mãe obtendo um contato pele a pele, cuja finalidade está em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato direto com a mãe, na posição vertical usufruindo da troca de calor e carinho, afim de viabilizar melhora rápida. Assim este método tem ganhado espaço no meio da saúde e se estabelecendo diante de bons resultados (SANTOS *et al.*, 2017).

O método já tem sido aplicado nos hospitais e maternidades, este vem sendo apontando como um propiciador de benefícios ao recém-nascido prematuro, auxiliando na regulação da temperatura através do contato pele a pele com a mãe, evitando, que esse RN perca calor, diminuição de possíveis dores. Durante a aplicação do MC é possível o contato mais íntimo com a mãe, onde este recebe carinho, escuta a voz e batimentos cardíacos da mãe, ainda é oferecido o seio materno e inicia-se os primeiros estímulos para a amamentação (RAMOS; CUMAN, 2018).

Assim, o MC é tido como uma excelente oportunidade para reduzir os óbitos neonatais e proporcionar ao recém-nascido prematuro oportunidades de tratamento de qualidade com baixo investimento. Mediante a aplicação do método foi sendo observado resultados positivos nas unidades hospitalares que os adotaram como medida assistencial de cuidado ao prematuro (RABELO *et al.*, 2017).

O aumento da sobrevivência destes RNs prematuros é possível mediante ao uso das novas tecnologias, cada vez mais precisas e o cuidado humanizado por parte da equipe de enfermagem atuante no setor, exames especializados e diagnósticos precisos, métodos cirúrgicos mais sofisticados e complexos, além da contínua capacitação dos profissionais (OLIVEIRA, 2018).

O MC por ser um processo assistencial do binômio mãe-filho, fomenta vantagens significativas, valorizando e respeitando as particularidades dos indivíduos, em busca de benefícios para os envolvidos, auxiliando nos primeiros contatos e estabelecimento da proximidade, auxilia no desenvolvimento da amamentação servindo como estímulo, ganho de peso para o neonato prematuro entre outras vantagens (RAMOS; CUMAN, 2018).

Para que cada vantagem seja sentida por esse binômio é fundamental que o método seja iniciado de forma gradativa e se tenha uma sutil evolução até alcançar a posição canguru, ao contrário do que costumamos ver na aplicação do método, este não precisa necessariamente só ser atribuído a mãe, mas a participação do pai e familiares é bem aceita, com a devida assistência da equipe de enfermagem esse método pode ser desenvolvido de maneira segura e orientada por uma equipe afim que o contato pele-a-pele se encarregue de sensações e experiências necessárias para esse momento de extrema fragilidade dos envolvidos (CABRAL *et al.*, 2017).

O nascimento de um bebê prematuro é uma situação que atinge toda a família deixando de certo modo todos vulneráveis as incertezas desse momento, uma vez que quando não há nascimento no período regular esse RN pode vir a ter complicações em seu desenvolvimento, sendo extremamente necessário em muitas situações inúmeros procedimentos e a assistência da Terapia Intensiva Neonatal, isso pela fragilidade do RN, ou determinadas limitações funcionais. A enfermagem portanto, tem como foco o desenvolvimento do cuidado de maneira individualizada e que atenda as fases do desenvolvimento (CASATE; CORRÊA, 2016).

A inabilidade no relacionamento com outras pessoas e a incapacidade de expressão através da linguagem verbal impulsiona que o recém-nascido faça uso da linguagem corporal e choro como recursos para a emissão de sinais sobre seus sentimentos. A maneira como os profissionais de saúde estabelece o cuidado tende influenciar diretamente no processo de recuperação desse neonato, uma vez que este necessita de cuidados de modo geral, tanto profissional e expressivo (RAMOS; CUMAN, 2018).

A partir da assistência de enfermagem é viável estabelecer medidas eficientes de cuidado, apresentação do MC, promoção de cuidados especiais e reconhecimento e a identificação individualizada de cada paciente, tornando esse momento mais seguro e confortável possível. Nesse sentido, a devida assistência é fundamental para o enfrentamento das adversidades que podem aparecer no ambiente hospitalar e atendimento integral e humanizado aos pacientes e familiares (BRAGA, 2017).

Os neonatos pré-termo merecem atenção diferenciada, necessitando de cuidados de equipe médica, enfermeiros e psicólogos, entre outros profissionais de saúde, não somente no período neonatal, mas, preferencialmente, até os cinco primeiros anos de idade, como maneira de minimizar possíveis efeitos da prematuridade em seu desenvolvimento neuropsicomotor (STELMAK, 2017).



Os enfermeiros estão acostumados na rotina hospitalar, estes que lidam com recém-nascidos precisam estar munidos de conhecimento devem a respeito da fisiologia e anatomia dos pequenos, sabendo desenvolver técnicas diferentes das aplicadas aos neonatos que nasceram em períodos gestacionais dentro do adequado. (BATISTA, 2019).

Os cuidados ao pré-termo, não se resumem somente em atendimento técnico e mecânico ao neonato, mas inclui cuidado pautado em afetividade, carinho e atenção. A utilização de procedimentos e técnicas que controlem e mantenham as funções fisiológicas e o conforto físico dos neonatos. Quanto aos cuidados afetivos, envolvem relacionamento interpessoal e afetivo com o bebê e familiares através do estabelecimento do vínculo mãe e filho (NASCIMENTO, 2014).

De acordo Braga (2017), o período neonatal é definido como os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido. Os neonatos são seres frágeis que necessitam de atenção da equipe multidisciplinar, visto que, cada um pode apresentar diferentes parâmetros de funcionalidade e requerem cuidados específicos. O nascimento é um evento cercado de inúmeras modificações fisiológicas.

Neste momento, é necessário que o recém-nascido assuma sozinho as funções vitais que antes eram realizadas pela placenta intrauterina, dando início a um período crítico que exige adaptações repentinas e cruciais para o bebê. Dentre estas, o estabelecimento da respiração, modificações circulatórias, regulação da temperatura corporal, início do processo de digestão e absorção dos nutrientes presentes no leite materno e o desenvolvimento do sistema imune (FREITAS, 2019).

A enfermagem se configura como uma profissão voltada para o cuidado ao ser humano e para a abrangência das fases do seu desenvolvimento. O trabalho da enfermagem realizado com o recém-nascido, caracteriza-se por ser um desafio constante, uma vez que este requer cuidados precisos, constante vigilância, habilidades, conhecimentos e sensibilidade, uma vez que este ainda não consegue se expressar com palavras, cabe um olhar minucioso do profissional em enfermagem (CARVALHO; PEREIRA, 2017).

Diante disso, cabe aos profissionais de enfermagem se atentarem as reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde, principalmente quando trata-se de recém-nascidos, cabe a esses profissionais prestar atendimento de maneira individualizada e empática. De maneira que haja o estabelecimento do trabalho da equipe voltado para a promoção de cuidados de qualidade durante o período de internação destes (BRAGA, 2017).

Os cuidados de enfermagem no primeiro momento após o nascimento são indispensáveis, visto que, o enfermeiro irá enfatizar a importância do contato pele a pele e do aleitamento materno na primeira hora de vida quanto a nutrição mais completa para o recém-nascido. Ajudará a promover a saúde, o crescimento, a imunidade e o desenvolvimento do recém-nascido durante o período neonatal e a longo prazo. Diminuindo assim a incidência de doenças, deficiência de nutrientes e mortes associadas a estas condições. Considerando a importância da promoção das boas práticas, o enfermeiro está atrelado ao bom desenvolvimento e adaptação do recém-nascido no novo ambiente (RICCI, 2017).

Montanholi (2018) vem afirmar que profissionais de enfermagem devem estar aten-

tos para atender as necessidades de cada recém-nascido de maneira individualizada. Assim o trabalho da equipe deve estar voltado para a promoção de cuidados de qualidade durante o período de internação destes.

Nos últimos anos a ocupação do enfermeiro das UTIN vem se transformando devido ao surgimento de novos procedimentos, materiais, equipamentos e conhecimentos. Por conseguinte, requer maiores habilidades e embasamento científico aos enfermeiros desta área de atuação, sendo imprescindível que o profissional una toda a sua sabedoria e preste o atendimento ao paciente e sua família (OLIVEIRA, 2018).

O neonato em um ambiente hospitalar é sinônimo de preocupação para os pais e sua família, as medidas dos profissionais de enfermagem têm significativo impacto, pois favorece que situações desagradáveis para o filho e para os pais venham ocorrer. O ambiente hospitalar é complexo e exige empenho e muita dedicação dos responsáveis por ele, se necessário os tratamentos com sondas e tubos, o enfermeiro deve ser capaz de informar os motivos e acalmar os responsáveis pelo neonato, uma vez que os tratamentos podem ser extremamente invasivos e isso já ocasiona grande estresse ao RN e seus familiares, portanto, humanizar cada etapa do atendimento é papel importante para que o enfermeiro execute (BRANDÃO, 2015).

O cuidado da enfermagem ao neonato é de suma importância e deve acontecer de maneira delicada, pois atende uma parcela que ainda não conseguem se expressar por fala, então cabe ao profissional de enfermagem buscar formas de compreender outras formas de expressão do RN afim de dispender os cuidados necessários. A equipe de enfermagem lida por sua vez com diversos riscos e intercorrências no âmbito de assistência em saúde, que podem resvalar em seu atendimento, sabendo que para que a permanência na UTIN aconteça de maneira humanizada deve-se preocupar com a inclusão dos familiares no processo terapêutico, isso pode fomentar melhores estímulos e o seu desenvolvimento (BORCK; SANTOS, 2014).

O trabalho do enfermeiro deve ser compreendido como indispensável na prática de cuidados, pois mediante aos conhecimentos destes profissionais que as necessidades do RN podem ser supridas nesse momento, além de viabilizada a assistência planejada, a partir de sensibilidade, empatia e atenção. O meio hospitalar por ser um ambiente complexo, se faz necessário um olhar mais atento e empático sobre as situações ali vivenciadas, de modo a ofertarmos o atendimento que seja capaz de suprir as necessidades (MONGIOVI *et al.*, 2014).

O atendimento de enfermagem ganhou novas conformidades com o passar do tempo, considerando que o processo de internação envolve neonatos, mães, profissionais e familiares. Atualmente, já é aceita a inserção familiar em conformidade com o estado de saúde do bebê, por isso é importante que o enfermeiro tenha “o planejamento dos cuidados a serem administrados, informando-os sobre os riscos e benefícios dos procedimentos realizados aos responsáveis pelo RN” (SILVA, 2015, p. 39).

O neonato prematuro por vezes não é compreendido em sua comunicação que ainda acontece por meio da fala, por isso é extremamente importante que vínculos sejam estabelecidos entre a equipe de enfermagem e o bebê que está necessitando de cuidados intensivos, para que a compreensão se dê mais facilmente, mediante outras práticas e



linguagens mais viáveis para o RN, como por exemplo, o toque, o discernimento da comunicação corporal para que as mensagens emitidas sejam atendidas pelo plano de cuidado (MARCONDES, 2012).

A inabilidade no relacionamento com outras pessoas e a incapacidade de expressão através da linguagem verbal impulsiona que o recém-nascido faça uso da linguagem corporal e choro como recursos para a emissão de sinais sobre seus sentimentos. A maneira como os profissionais de saúde estabelece o cuidado tende influenciar diretamente no processo de recuperação desse neonato, uma vez que este necessita de cuidados de modo geral, tanto profissional e expressivo (RAMOS; CUMAN, 2018).

Os avanços científicos na área da neonatologia têm garantido a sobrevivência de crianças prematuras, que há algumas décadas, eram consideradas inviáveis pela ciência, em compensação, tem-se os elevados custos para os sistemas de saúde. Muito embora nos países subdesenvolvidos deparamos com escassez de recursos tecnológicos e humanos qualificados para atender essa clientela (SILVA, 2015).

A equipe de enfermagem corresponde aos profissionais mais próximos dessa clientela hospitalizada, são responsáveis pelo restabelecendo dos fluxos de cuidado de relacionamento e fortalecendo o vínculo terapêutico os familiares até a alta. São horas dedicadas de forma intensiva para a boa evolução diária e prognóstico (OLIVEIRA, 2018).

O enfermeiro tem um papel importante quanto a determinação do serviço prestado ao RN pré-termo, quando em um cenário de tratamento intensivo possui fornece suporte para equilíbrio e manutenção da vida. Estes profissionais trabalham buscando harmonia e cuidados essenciais para o RN, e para que o cuidado permaneça de forma humanizado e seguro, surgidas ao longo da trajetória assistencial (NASCIMENTO, 2014).

Sendo assim, para que o neonato pré-termo tenha um atendimento humanizado é necessário que a equipe de enfermagem trabalhe em consonância as necessidades vitais do bebê, propiciando suporte, e para isso é pertinente a adoção de instrumentos profissionais, além do estabelecimento da humanidade no tratamento e valorização familiar do bebê para o seu reestabelecimento (STELMAK, 2017).

Assim, destaca-se a necessidade de despertar novas abordagens gerenciais do cuidado de enfermagem que estejam associadas à ideia de avançar para novos espaços profissionais e superar práticas assistencialistas. Podendo também, ultrapassar normas, rotinas inflexíveis e implementar modelos mais horizontalizados de tomada de decisões; ir além do cuidado pontual e unidimensional, adotando novas abordagens de intervenção na saúde, por meio da educação e promoção da saúde (BATISTA, 2019).

É importante que a assistência de enfermagem ao neonato prematuro seja de qualidade, é fundamental acolher às necessidades de repouso, calor, nutrição, higiene, observação e atendimento contínuo aos bebês prematuros. Porém, considera-se que as intervenções de enfermagem devam ser direcionadas para ajudar na transição da vida intrauterina para a extrauterina, mostrando, portanto, que esta deve atender não só as necessidades biológicas do neonato prematuro, como também as emocionais (ALENCAR, 2016).

3. CONCLUSÃO

Neste trabalho ficou demonstrado que o nascimento de um bebê prematuro é uma situação que atinge toda a família deixando de certo modo todos vulneráveis as incertezas desse momento, uma vez que quando não há nascimento no período regular esse RN pode vir a ter complicações em seu desenvolvimento, sendo extremamente necessário em muitas situações inúmeros procedimentos e a assistência da Terapia Intensiva Neonatal, isso pela fragilidade do RN, ou determinadas limitações funcionais. A enfermagem portanto, tem como foco o desenvolvimento do cuidado de maneira individualizada e que atenda as fases do desenvolvimento.

De acordo com os achados na revisão aqui realizada, pode-se concluir que ao que tange aos aspectos relacionados a prematuridade estes são múltiplos, os principais consistem idade, paridade, vícios como alcoolismo, tabagismo, intercorrências gestacionais, como diabetes, hábitos maternos, alteração de pressão arterial. Assim, o ideal é que seja realizado a partir do pré-natal a identificação de prováveis fatores capazes de desencadear risco de parto prematuro, para que assim essa gestante receba as devidas orientações e possa minimizar os riscos desse evento.

Nesse sentido, foi ainda possível descrever acerca dos principais os cuidados de enfermagem em casos de prematuridade. Na avaliação dos estudos acerca da importância do cuidado do enfermeiro aos prematuros, foi possível evidenciar que o cuidado em enfermagem relaciona-se aos esforços entre indivíduos, no intuito de proteger, e preservar a vida sem prejuízos maiores, buscando minimizar a dor, sofrimento, buscando harmonia independentemente de circunstâncias externas. Ademais, foi possível perceber a importância dos profissionais de enfermagem como promotores do Método Canguru, pois tais profissionais têm maior contato com esses bebês e mães, ao longo do processo de acompanhamento hospitalar e sua recuperação dia após dia até a alta hospitalar

A partir da reflexão acerca da importância da atuação profissional do enfermeiro junto ao neonato, foi possível concluir que a enfermagem e assistência por ela destinada executa condutas essenciais para a manutenção da vida, onde no contexto de atendimento do neonato prematuro são bem aceitos os estímulos, procedimentos e preparo materno, afim de proporcionar resultados significativos para a mãe e bebê. Adentrando na abordagem e assistência da enfermagem, os materiais verificados traçaram uma relação horizontalizada, onde o enfermeiro fornece conhecimento e técnicas de cuidado, mas também recebe saberes e experiências através da prática profissional, a partir do fornecer de acolhimento e cuidados com a vida dos neonatos e familiares do mesmo.

Fechando este material, os dados aqui obtidos podem colaborar significativamente como suporte para debates futuros, além de acrescentar informações importantes para a sociedade e minha área de estudo. Este trabalho futuramente ainda pode ganhar novos contornos e colocações sendo alvo de novos caminhos acadêmicos, tendo em vista que a temática aqui suscitada tem caráter contemporâneo e vale ser tratado independente do momento social vivido.

Referências

- ALENCAR, A. J. C. de. Bases científicas do acolhimento amoroso ao Recém-Nascido. **Revista de Pediatria do Ceará**, v. p. 27 – 32, 2016.
- ALVES, Nayara Cristina de Carvalho et al. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017.
- ARAÚJO, Poliana Márcia, REZENDE, Gabriel Pinho. **Método mãe canguru e a Assistência de enfermagem ao Recém-nascido de Baixo peso**. Minas Gerais, 2017.
- BATISTA, C.D.M. Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 35, p. e1593-e1593, 2019.
- BRAGA, A. F. Prevenção da prematuridade? Papel da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UNISA**, São Paulo, n. 5, p. 52-56, 2017.
- BRANDÃO, A. M. S. Parto pré-termo com e sem rotura prematura de membranas: características maternas, obstétricas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, p. 428-433, 2015.
- CABRAL, Regina Aparecida, et al. A experiência de ser mãe pela primeira vez após os 35 anos. **Revista Cinergis**, n.1, v. 18, p. 234, fev, 2017.
- CARDOSO, Andreia. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2014.
- CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-226, fev. 2016.
- CARVALHO. L. S.; PEREIRA, C. M. C.; As reações psicológicas dos pais frente a hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Revista da SBPH**, v.20, n.2, p.101- 122, 2017.
- MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 2012.
- MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-311, mar./abr. 2014.
- NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; SILVA, Rômulo Cezar Ribeiro da. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo frente às possíveis intercorrências. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 429 - 438, ago. 2014.
- RABELO, Maria Zuleide et al. **Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro**. Acta Paulista de Enfermagem. v. 20, n. 3, p.333-7, 2017.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297- 304, abr./jun. 2018.
- RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- SANTOS, Charles Souza., et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Esc. Anna Nery [online]**. 2017, vol.21, n.1,. Epub Feb, 2017.
- SILVA, Eliania. **Prematuridade**. São Paulo, 2015.
- STELMAK, A. P. O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método canguru. **Rev Enf. UFPE**, v. 11, n. 9, p. 3376-85, set. 2017.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidar expressão humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2016.

CAPÍTULO 28

SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO

WOMEN'S HEALTH IN PREGNANCY AND PUERPERIA

Neurubia Abreu Cardoso¹

Ana Claudia Rodrigues Alves¹

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Naira Cristina França Melo¹

Suzete de Aragão Feijó Pereira²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Enfermeira especialista na Saúde da Criança e do Adolescente, Estratégia e Saúde da Família e Educação Permanente, São Luís-Maranhão

Resumo

Atenção básica é a principal porta de acolhimento às grávidas e puérperas, contudo a falta de informações e preparo para esta etapa a ser vivenciada é a principal causa dos problemas desencadeados durante a gestação e puerpério. Dessa forma, este estudo teve como objetivo a seguinte pergunta norteadora: Como o enfermeiro pode contribuir na orientação da gestante no período gravídico e puerperal? Para responder a este questionamento o objetivo geral deste trabalho foi compreender o papel do enfermeiro como orientador frente às fases da gestação e período puerperal. O tipo de pesquisa realizado foi uma revisão integrativa de literatura qualitativa e descritiva sobre a temática da saúde da mulher no período gravídico e puerperal. Abordando sobre o cuidado e as orientações dadas pela equipe de enfermagem na fase inicial da gravidez até a sua fase final. O levantamento bibliográfico foi realizado através de bases de pesquisa como: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico, cartilhas do Ministério da Saúde. Como critérios de inclusão para a seleção do material, foram considerados artigos publicados na língua portuguesa do ano de 2001 a 2021, artigos disponíveis nos sistemas online e artigos escritos por profissionais ou estudantes da área de Enfermagem. Diante desse cenário, o enfermeiro é de suma importância. Ele, por sua vez, deve compreender seu papel como orientador levando o conhecimento adequado possibilitando assim uma gestação e puerpério cercado de conhecimento e aprendizado.

Palavras-chave: Enfermagem, Puerpério, Cuidado na gravidez, Assistência humanizada, Assoalho pélvico.

Abstract

Primary care is the main gateway for pregnant and postpartum women, however the lack of information and preparation for this stage to be experienced is the main cause of the problems triggered during pregnancy and postpartum. Thus, this study aimed at the following guiding question: How can the nurse contribute to the guidance of pregnant women in the pregnancy and postpartum period? To answer this question, the general objective of this work was to understand the role of the nurse as an advisor in the face of the phases of pregnancy and the puerperal period. The type of research carried out was an integrative review of qualitative and descriptive literature on the topic of women's health in the pregnancy and postpartum period. Addressing the care and guidance given by the nursing team from the early stage of pregnancy to its final stage. The bibliographic survey was carried out through research bases such as: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar, booklets of the Ministry of Health. As inclusion criteria for the selection of material, articles published in Portuguese from 2001 to 2021, articles available in online systems and articles written by professionals or students in the field of Nursing were considered. In this scenario, the nurse is of paramount importance. He, in turn, must understand his role as a counselor, bringing adequate knowledge, thus enabling a pregnancy and puerperium surrounded by knowledge and learning.

Key-words: Nursing. puerperium. Be careful in pregnancy. Humanized assistance. Pelvic floor.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é a fase mais importante na vida de uma mulher. É um período de grandes mudanças e a definição de cada ciclo vivido pela mulher que é dado por uma grande transformação onde envolve todos os aspectos tanto físicos, emocionais, psicológicos e sociais causando assim variações em seu modo de vida. Diversos movimentos foram criados para garantir um melhor acolhimento a essas mulheres, nesta fase de grande importância, a falta de instrução e acolhimento nesse momento leva cerca de 10 a 15% das mulheres a desencadear depressão no pós-parto, apesar do número de consultas serem concluídas percebe-se que a qualidade no cuidado e as orientações dos profissionais de saúde deixam a desejar uma assistência de qualidade. Geralmente manifestada pela insegurança, sentimento de desamparo, cansaço excessivo e o sentimento de incapacidade de lidar com um ser tão pequeno que é totalmente dependente dela.

Diante desse cenário, o enfermeiro é de suma importância no cuidado da fase gestacional e puerperal. Ele, por sua vez, deve compreender seu papel como orientador amigo e prestador do cuidado com esta mulher em seu todo, compreendendo assim o seu físico, emocional e psicológico levando o conhecimento adequado possibilitando assim uma gestação e puerpério cercado de conhecimento e aprendizado.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo a seguinte pergunta norteadora: Como o enfermeiro pode contribuir na orientação da gestante no período gravídico e puerperal? Para responder a este questionamento o objetivo geral deste trabalho foi compreender o papel do enfermeiro como orientador frente às fases da gestação e período puerperal. E os objetivos específicos foram: Abordar sobre o cuidado no fortalecimento do assoalho pélvico no período gravídico e puerperal; melhorar a assistência no preparo para o parto na atenção primária à saúde da gestante; adquirir conhecimento específico no atendimento direto a gestante visando uma orientação de qualidade para cada fase do período gravídico e puerperal.

Portanto o presente estudo visa apresentar com clareza a importância da orientação do profissional de enfermagem no preparo desta gestante para cada fase do período gravídico e puerperal. As orientações devem ser baseadas em conhecimentos científicos especializados no cuidado desta mulher. Como contribuição acadêmica a presente pesquisa busca agregar conhecimento visando a importância da informação e do conhecimento na saúde da mulher enquanto gestante e puérpera diante dos desafios diários vivenciados por estas mulheres. Para a sociedade de modo geral, visa apresentar o enfermeiro como ponte de informações, através do conhecimento específico adquirido frente à assistência prestada a cada indivíduo como um todo, para que as dúvidas sejam sanadas e que esta gestante tenha uma gestação cercada de clareza e conhecimento.

O tipo de pesquisa realizado foi uma revisão integrativa de literatura qualitativa e descritiva sobre a temática da saúde da mulher no período gravídico e puerperal. Abordando sobre o cuidado e as orientações dadas pela equipe de enfermagem na fase inicial da gravidez até a sua fase final. O levantamento bibliográfico foi realizado através de bases de pesquisa como: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online



(SciELO), Google Acadêmico. Como critérios de inclusão para a seleção do material, foram considerados artigos publicados na língua portuguesa do ano de 2001 a 2021, artigos disponíveis nos sistemas online e artigos escritos por profissionais ou estudantes da área de Enfermagem.

2. CUIDADO NO FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PELVICO NO PERÍODO GRAVIDICO

O período gestacional é caracterizado por inúmeras transformações psicológicas, fisiológicas e anatômicas no corpo feminino. Por isso ao longo dos 9 meses, essas adaptações influenciam em alterações metabólicas e também funcionais. Sabe-se que elas ocorrem em função das mudanças hormonais, alterações cardiovasculares, crescimento do feto, deslocamento do diafragma, aumento do peso corporal e das glândulas mamárias, como também nas mudanças na posturais e centro da gravidade (SILVA et al., 2018).

Desde o momento em que a mulher descobre que está grávida até o fim da gestação que se dá com o nascimento do bebê, ela passará por diversas alterações que irão desde alterações posturais, respiratórias, emocionais, atingindo diversos sistemas. Embora essas alterações sejam necessárias podem ocasionar desconfortos a todo o sistema do corpo humano, sobretudo o urogenital. (BARACHO; FIGUEIREDO; BARACHO, 2009).

Polden e Mantle (2000) afirmam que as mudanças gestacionais são, o resultado direto da interação de quatro fatores: as mudanças hormonais mediadas no colágeno e no músculo involuntário; aumento do volume total de sangue e assim para útero e rins; o crescimento do feto resultando na conseqüente ampliação e deslocamento do útero; e por fim o aumento do peso corporal e as mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura. A gestação e o parto são fatores de risco para alterações da força muscular do assoalho pélvico, o aumento do peso corporal e do útero aumentam a pressão sobre a musculatura do assoalho pélvico durante a gestação, o parto vaginal e a episiotomia também levam a musculatura do assoalho pélvico ao enfraquecimento. (POLDEN; MANTLE, 2000)

Levando em consideração que é a fase em que o corpo da mulher mais sofre transformações para sustentar a vida do bebê e promover o parto. O Assoalho Pélvico (AP) é o que passa por uma grande modificação para auxiliar na passagem do bebe através da capacidade de se alongar durante o trabalho de parto. O AP é visto como um agrupamento de músculos, ligamentos e tecidos que estão situados e que envolvem a pelve, apoiando os órgãos da região pélvica e abdominal para sustentar o útero (SANTOS; BARBOSA, 2019).

O AP também auxilia na sustentação dos órgãos pélvicos, continência urinária e fecal, também tem papel importante na sexualidade feminina. Durante a gestação a atuação da progesterona na uretra promove o relaxamento da musculatura lisa, a relaxina traz a diminuição do tônus e da força dos músculos do AP, fazendo relaxar os ligamentos da pelve por distanciamento das fibras colágenas e também pela deposição hídrica no tecido conjuntivo. Isso pode acarretar sintomas de incontinência urinária durante o período gestacional (SAVASSINI et al., 2020).

Como essas disfunções levam a sérios problemas sociais, econômicos, psicológicos, físicos e sociais para mulheres, diminuindo a sua produtividade e qualidade de vida, sendo que afeta cerca de 35,5% das mulheres. Essas disfunções são caracterizadas como circunstância ginecológica, que é responsável por morbidade, necessitando assim de cuidados dentro da área da saúde, em que os profissionais precisam de habilidade técnica e conhecimento científico (PILOTO et al., 2019).

Os exercícios cinesioterápicos são realizados durante o período de gestação, com contrações voluntárias da musculatura do assoalho pélvico, mantendo assim esta estrutura fortalecida e saudável para sustentar o útero que se torna mais pesado com a presença do feto, diminuindo também as lesões causadas pelo parto e proporcionando uma possível recuperação mais rápida no pós parto. Tais exercícios não possuem contra-indicações, podendo ser realizados em casa de forma rápida e simples. (SILVA, 2011).

Oliveira (2006) afirma que a cinesioterapia para os músculos do assoalho pélvico durante o período gestacional é uma técnica segura e eficaz que desenvolve a capacidade tônica desta estrutura proporcionando maior controle dos músculos podendo contrair e relaxar os mesmos. Segundo Hall (2001), o trabalho de fortalecimento do assoalho pélvico deve continuar após o parto, para recuperar o tônus muscular e melhorar a função intestinal, vesical e sexual normal. A função de sustentação do assoalho pélvico é necessária também ao levantar e carregar o bebê.

O fortalecimento do assoalho pélvico se faz necessário no período gestacional, pois ele sustenta o útero e o conteúdo pélvico; ajuda a gestante a obter consciência de diversos graus de contração e relaxamento, que se torna útil para relaxar o assoalho pélvico durante o parto; um assoalho pélvico saudável e tonificado tem mais chances de se reparar rapidamente após o parto; o tônus muscular adequado e a capacidade de relaxar os músculos podem ajudar a evitar a episiotomia. (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004)

Segundo Baracho et al. (2012) destacam que, se faz preciso buscar a atenção básica analisando o indivíduo em sua individualidade, bem como integralmente e "na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável".

No que tange à assistência preventiva, esta pode ser realizada, por exemplo, em salas de espera. Por ser um local onde as usuárias aguardam o atendimento, em que a rotatividade de pessoas com interesses e demandas diferentes e que, na maioria das vezes sequer se conhecem. (BARACHO et al., 2012).

Contudo, quando o profissional de saúde instala atividades interativas nesse espaço, beneficia a troca de conhecimentos, do saber popular e das diferentes maneiras de se cuidar do corpo, de tal sorte que a linguagem popular se amolde aos saberes científicos. Tomando por base essa discussão acerca dos múltiplos assuntos relacionados à prevenção da IU, tem-se a possibilidade de corroborar para o processo educativo e o autocuidado, sem contar que irá despertar as usuárias a respeito da assistência de tratamento dessa condição. (BARACHO et al., 2012).

Grosse e Sengler (2002) afirmam que o assoalho pélvico é importante para a sus-

tentação das vísceras, quando tal estrutura encontra-se enfraquecida pode ocorrer o prolapso genital, que é um distúrbio bastante comum na mulher, podendo estar associado ou não à incontinência urinária, sensação de peso pélvico e dor. O fortalecimento perineal não objetiva uma reconstituição anatômica, mas em prolapso leves ou moderados o fortalecimento do assoalho pélvico atinge uma melhora da tolerância funcional, com eliminação ou diminuição da incontinência e das sensações de peso. A prevenção do prolapso vaginal com a contração do elevador do ânus é o único meio de proteção da estrutura de sustentação dos órgãos pélvicos.

Salvensen e Morkved (2004) relatam que os efeitos de um programa de cinesioterapia para os músculos do assoalho pélvico durante a gravidez estão associados à diminuição do tempo da fase expulsiva durante o parto. Descrevem que a duração do segundo estágio em grupo submetido à cinesioterapia para os músculos do assoalho pélvico é significativamente menor. O treinamento intensivo dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez facilita a saída do bebê durante o parto.

3. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PREPARO AO PARTO NA SAÚDE PRIMÁRIA

A percepção dos usuários dos serviços de saúde vem sendo amplamente discutida nos serviços de saúde, de modo a atender suas expectativas e necessidades. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, elaborado em 1983, define uma política especial de atenção a ser oferecida à população feminina, propondo que os serviços de saúde prestem assistência às mulheres em todas as fases de sua vida, de acordo com a especificidade de cada fase. Na área obstétrica, com o movimento de humanização da assistência ao parto, esse pressuposto vem sendo imperativo. Dentre as iniciativas recomendadas para contemplar essa finalidade está o contato pele a pele da mãe com o bebê após o nascimento. (MELLEIRO, 2003).

As mulheres precisam ser orientadas quanto à importância do pré-natal com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças decorrentes da gravidez. Com base em informações seguras, e se essas forem bem acolhidas, será ampliado o interesse dessas mulheres em aprofundar seus conhecimentos sobre essa fase da vida, de seguirem as orientações e cuidados para viverem a gravidez da melhor forma possível (SILVIA; CAETANO; SILVIA, 2006).

O conhecimento por parte da gestante quanto à importância do pré-natal é limitado, bem como o da amamentação, da vacinação e do preparo para o parto. Nesse contexto, o enfermeiro torna-se importante ao orientá-las, a fim de reduzir as complicações nesse período. Enfatiza-se que a participação da enfermagem e da equipe é excepcionalmente importante, pois são educadores e devem atuar com ênfase no aconselhamento, detecção precoce de situações de risco e na educação para a saúde. Dessa forma, podem-se evitar complicações que levam à morte perinatal. (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

A partir da década de 90, foram divulgados estudos apontando para um novo paradigma na assistência ao processo de parturição, sendo apoiado pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil, foram instituídos programas de assistência à mulher voltados para

a promoção da saúde no ciclo gravídico puerperal, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (MS), o ano 2000, com o principal objetivo de acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade durante o acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério. Esses itens de melhoria quantitativa e qualitativa demandam a criação de um sistema de referência e contrarreferência para que as metas sejam alcançadas. (CHANG et al; 2012).

O Ministério da Saúde (2001) preconiza que o preparo para o parto deve ter abordagem que vise proporcionar a mulher gestante experiência positiva no processo de parturição e se sinta empoderada e dona de todas as etapas do trabalho de parto e parto (Brito, et al, 2015). Neste sentido, preparar para o parto normal é pensar nesta mulher com um olhar nas necessidades de saúde, contemplando os aspectos biopsicossociais e não somente o biológico, ao olhar essa mulher como o todo, pensando em uma assistência ampliada que tem como foco mais que o parto e sim as necessidades como mulher, gestante e puérpera.

Os enfermeiros devem direcionar sua assistência à mulher gestante visando o fortalecimento das informações prestadas a essas gestantes, no momento de muitas mudanças não só no aspecto físico como também no emocional, e de estruturação profissional e pessoal, pois o preparo para o parto gera “resultado satisfatório na hora do parto e no pós-parto e auxiliam nos cuidados e no desenvolvimento da criança, mulheres que participam do preparo conseguem gerenciar melhor a ansiedade, medo, estresse do parto e dos cuidados do bebê” (Silva, 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde sua função administrativa e assistencial é de extrema relevância. Esse profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal (BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011).

A importância das orientações durante o pré-natal e informações acerca dos procedimentos que serão realizados no parto, aliadas às orientações no seu decorrer, desde a admissão até o encaminhamento para o parto, minimiza a ansiedade e passam segurança com relação aos procedimentos e profissionais (FRANCISQUINI et al., 2010).

A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da mulher, transmitindo confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. É necessário que o profissional esclareça as dúvidas geradas com muita clareza de forma que a mulher se sinta segura. (XIMENES et al; 2008).

Muitas vezes, o pré-natal passa a ser o primeiro contato da cliente com o sistema de saúde e por isso a equipe deve ter a preocupação de causar na gestante a melhor impressão possível (9). São fatores indispensáveis nesta assistência: a organização do serviço, capacitação dos profissionais e a utilização de recursos adequados e disponíveis, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção



e prevenção das principais afecções. (VASQUES, 2006).

Segundo o COREN MG (2006), os profissionais da área da saúde são responsáveis por uma grande parcela dos aspectos necessários para garantir uma qualidade de vida adequada à população. Para reordenar a estratégia de assistência de enfermagem, elaboraram-se protocolos de saúde. Estes são instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Através deles, os profissionais estarão normatizados e respaldados ao exercerem suas funções, zelando pela qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, espera-se que a mulher preparada durante o pré-natal por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério possa enfrentar este período com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas. Assim, é possível afirmar que a transição para o papel materno inicia durante a gestação, dando sequência para o processo de parto e nascimento chegando conseqüentemente ao puerpério (CATAFESTA et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, ele faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente.

Participando do programa, a gestante terá aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar que este período é vivenciado por cada mulher de forma distinta. (BRASIL, 2000).

4. ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PERÍODO GRAVIDICO E PUERPERAL

A vivência da gestação ocorre de forma singular e inesquecível na vida de cada mulher e de sua família, mas também pode ser um período de ansiedade e angústia. Neste sentido, as práticas de educação em saúde devem ajudar a mulher a compreender a gravidez e o parto como eventos fisiológicos, que podem ocasionar alterações físicas e emocionais. Assim, é papel dos profissionais de saúde que prestam assistência ao pré-natal orientar a mulher e seus familiares, além de esclarecer dúvidas, que devem contribuir para autonomia do cuidado. (GUERREIRO et al; 2014).

A educação em saúde é uma importante ferramenta para o cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A enfermagem apresenta na ação educativa um de seus principais eixos norteadores nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). O profissional enfermeiro é habilitado e capacitado para cuidar do usuário e da sua família, levando em

consideração as necessidades curativas, preventivas e educativas de cuidados em saúde. (ACIOLI, 2008).

A consulta pré-natal se caracteriza como importante ferramenta para o acolhimento e o vínculo entre o profissional e a gestante. É o momento em que o enfermeiro possui conhecimento clínico, baseado nas evidências científicas, e a oportunidade para identificar e explorar a singularidade de cada mulher. À medida que o vínculo é construído, percebem-se as necessidades, as capacidades e/ou limitações da mulher em lidar com o processo gestacional e do nascimento. Com isso, a atuação do enfermeiro deve proporcionar bem-estar e segurança (GUERREIRO et al; 2014).

Associar o cuidado com as ações educativas visa compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o enfermeiro exerça seu papel de cuidador e educador, agregando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular. Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem no campo obstétrico abre espaço para a construção de saberes a partir das práticas educativas, indo ao encontro das diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (PROGIANTI, 2012).

Mulheres e companheiros que vivenciam este período apresentam necessidades de cuidados os quais podem ser, prioritariamente, trabalhados através da educação em saúde. Necessitam compartilhar reflexões sobre as mudanças vividas, trocar experiências, bem como se preparar do ponto de vista corporal e emocional. (PROGIANTI, 2012).

Para Martins et al. (2012) o pré-natal é essencial para que a mulher se prepare para ser mãe, e é por meio das consultas e outras ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) que a gestante é acompanhada quanto ao desenvolvimento de sua gestação e as condições do bebê. Dessa forma, a assistência da equipe de saúde pode ser considerada como uma ferramenta para a prevenção de complicações clínicas e obstétricas no decorrer da gestação e parto.

Conforme Cunha et al. (2009) a atuação do enfermeiro é importante no pré-natal, assim, é necessário que este profissional seja qualificado para atender as necessidades da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal com conhecimentos adequados e atualizados, de forma a oferecer uma assistência eficaz.

Os profissionais de enfermagem desempenham uma função fundamental em relação à orientação na consulta da gestante no pré-natal, assim sana as dúvidas, mantêm a mulher orientada quanto à importância das consultas e exames necessários na gestação. Neste sentido, o enfermeiro precisa realizar ações de maneira eficaz, resguardando a gestante de negligências, imperícias e imprudências, atuando de forma ética e responsável, para assegurar o nascimento de um conceito saudável (LEMES, 2012).

Conforme Andrade et al. (2015) o enfermeiro precisa realizar consulta de pré-natal humanizada e qualificada. A consulta de pré-natal qualificada deve seguir um roteiro básico, com atendimento aos aspectos sociais, epidemiológicos, antecedentes pessoais, ginecológico, sexuais e obstétricos e dados sobre a gestação atual. O enfermeiro pode solicitar exames e encaminhar a gestante para outros profissionais da saúde para que o acompanhamento seja processado de forma integral.



A atenção humanização é necessária como meio de resgate ao respeito no atendimento à gestante, assim, é importante que prestar cuidado humanizado seja uma finalidade de toda a equipe de enfermagem. No período gestacional, o enfermeiro precisa enfatizar as orientações às gestantes, por meio da educação em saúde, de maneira que estejam claras as alterações ocorridas no corpo e mente em função da gravidez. Sabe-se que este é um período delicado, onde há por parte da maioria das mulheres e da família uma grande expectativa em torno da gestação (NUNES; SILVA, 2012)

De acordo Sousa, Mendonça e Torres (2012) é na consulta do pré-natal que o enfermeiro tem a oportunidade de manter o acompanhamento da gestante, com anotações essenciais do atendimento realizado. Nesse sentido, o enfermeiro realiza medidas de promoção e prevenção à saúde da mulher e do feto, tais como aferição da pressão arterial, peso, altura, etc. Como meio de assegurar que todos os registros sejam respaldados, os mesmos precisam estar também no prontuário da gestante.

Para Dias et al. (2015) as gestantes entendem que é importante adquirir conhecimentos durante o pré-natal para que seja assegurado uma gestação, parto e puerpério sem complicações. Deste modo é fundamental que o enfermeiro seja habilitado para prestar uma assistência eficaz e contínua junto à gestante, intensificando a implementação de ações educativas, visando garantir uma assistência completa e contínua ao longo de todo período gestacional.

Assim, Spindola, Progianti e Penna (2012) afirmam que o diferencial da consulta de enfermagem está relacionado a escuta atenta do enfermeiro, além de ser também um momento que a gestante tem espaço para sanar dúvidas, e o enfermeiro estabelecer vínculo. Para Moreira, Carvalho e Ribeiro (2012) a assistência que o enfermeiro dispensa às mulheres no pré-natal faz com que as gestantes tenham liberdade para se expressar, dessa forma, torna a consulta de enfermagem mais efetiva em relação ao acompanhamento da maioria dos outros profissionais que assistem a mulher na gestação, em especial, o médico.

As gestantes consideram fundamental para o desenvolvimento da gestação os conselhos, esclarecimento de dúvidas e a tranquilidade transmitida pelos profissionais enfermeiros durante as consultas de enfermagem de pré-natal. Neste sentido faz se necessário ressaltar que o enfermeiro precisa desempenhar sua função de maneira eficaz, para que a gestante reconheça as ações realizadas pelo mesmo. (DIAS et al., 2018).

Uma pesquisa realizada em unidades básicas no sul do Brasil por Gonçalves et al. (2017) revelou um cenário preocupante no que concerne à qualidade da assistência atrelada à educação em saúde voltada para gestantes nesta região. O estudo avaliou a relação entre características da assistência pré-natal e orientações para o parto recebidas pelas gestantes na Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil e, lamentavelmente, detectou uma enorme defasagem nas orientações e educação prestadas às clientes desta região, justamente num momento em que se destaca a educação em saúde.

Entendendo que a educação em saúde é um caminho para assegurar a qualidade da atenção, ampliar os serviços e reduzir as complicações advindas do desconhecimento da população, o SUS estimula ações educativas, já que estas são práticas com a finalidade de capacitação, seja individual ou coletiva, e se propõem à melhoria do bem-estar, assim

como das condições de vida de um grupo populacional. Busca-se, ainda, estimular o indivíduo ou um grupo a ser protagonista de seu próprio cuidado, conhecer os processos, as dinâmicas do corpo, dos sistemas e dar a autonomia para suprir as necessidades demandadas pela população, além de oferecer qualidade de vida (QUENTAL et al., 2017).

Compreende-se a importância da educação em saúde nos mais variados âmbitos sociais, neste caso enfatizando o período gestacional, informando e alertando sobre violência obstétrica e levando em consideração as mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas ocorridas durante a gestação, bem como a complexidade desta fase para as gestantes e seus parceiros. Há ainda o agravante de se ter uma grande demanda de mulheres que pouco compreendem sobre este processo da vida e estão sofrendo estas alterações, sendo necessária a educação em saúde para diminuir os riscos de violência obstétrica, depressão, rejeição da gravidez e para a compreensão das reais necessidades que envolvem o pré-parto e o pós-parto. (DUCA et al; 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é a fase mais bonita e mais esperada por cada mulher, vivenciar esta experiência é um momento único. Cada período gestacional é regido por ansiedade e expectativas e estar bem instruída para viverem estes períodos é de suma importância, portanto o pré-natal de boa qualidade é sem dúvidas o primeiro passo para um parto seguro e sem futuras complicações.

O corpo desta mulher passará por diversas transformações, transformações essas, que ajudaram no nascimento do bebê, por conta disto são de suma importância informações que ajudarão no fortalecimento do assoalho pélvico ainda no período gravídico. Os exercícios cinesioterápicos ajudarão no fortalecimento do assoalho pélvico, músculo que é responsável de sustentar o bebê durante os nove meses e também o mesmo músculo é fundamental na sexualidade feminina. O fortalecimento do AP evitará possíveis continências urinárias e flacidez vaginal recorrente da gravidez e do parto, onde tem sido motivos para se optar pela Cesária.

O conceito de um cuidado humanizado com uma assistência cheia de informações é vasto, porém a assistência na atenção básica e preparo para o parto de qualidade tem se tornado motivo de questionamento pela falta de informações às grávidas e puérperas, por conta disto, torna-se um agravo de grande proporção, pois desencadeia uma gravidez cheia de complicações e um possível puerpério desequilibrado ocasionando assim o desencadeamento de doenças psicossomáticas. Contudo o enfermeiro tem um papel fundamental como educador buscando conhecimento e sobre modo oferecendo uma assistência humanizada e de qualidade visando orientações para preparar e capacitar a gestante a viver o período gravídico e futuro o período puerperal.



Referências

- ACIOLI S. **A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública**. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1):117-21.
- ANDRADE, J. C.; GURGGEL, M. D.; SOUZA, R. S.; NORÕES, L. N.; SOUSA, K. M.; SANTOS, M. R. V.; SOUSA, M. A. **A percepção das gestantes sobre o pré-natal realizado pelo enfermeiro (a) na estratégia saúde da família do município de Parnaíba**. SANARE, v. 14, (supl.) 1, COPISP, p. 127. 2015.
- BARACHO, Elza; BARACHO Sabrina; OLIVEIRA, Cláudia. **Aspectos fisioterapêuticos durante trabalho de parto**. In: BARACHO, Elza. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 5. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BARACHO, Elza Lucia; FIGUEIREDO, Elionara Mello; BARACHO, Sabrina Mattos. **Disfunções musculoesqueléticas na gestação**. In: FERREIRA, Cristine Homsí Jorge. Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática. Rio de Janeiro: Koogan, 2009.
- BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. **O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes**. Cogitare Enferm. Minas Gerais, v.16, n.1, p.29-35, jan/mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. **Instituição o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
- BRASIL. (2001). Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde
- BRITO, C. A. B, SILVA, A. S. S, CRUZ, R. S. B. L. C., e PINTO, S. L. (2015) **Percepção de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 16(4), 470-478. 10.15253/2175-6783.2015000400003
- CATAFESTA, F; et al. **A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa- cuidado**. Esc Anna Nery. Rio de Janeiro. v.13, n.3, p.609-16, jul/set, 2009.
- Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). **Protocolo de Enfermagem: importância para a organização da assistência na atenção básica de saúde**. Boletim Informativo COREN-MG. 2006. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/inform/Informativo_coren_novembro.pdf
- CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. **Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros**. Revista de Enfermagem, Rio Branco, v. 13, n. 1, p. 146-153, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>.
- CHANG, Yi Wei; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SILVA, Lúcia Cristina Florentino da; MELLEIRO, Marta Maria. **A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino**. O Mundo da Saúde, São Paulo; 2012.
- DIAS, Ernandes Gonçalves et al. **Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes**. Revista Sustinere, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 52 - 62, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>.
- DIAS, E. G.; ALVES, J. C. S.; VIANA, J. M.; SANTOS, I. M.; SILVA, J. P. **Percepções sobre a gravidez em um grupo de adolescentes grávidas do município de Janaúba-MG**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 06, n. 02, p.1239-53, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18673/gv.v6i2.22466>.
- DUCA, V.V.P.; et al. **A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes**. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 8, p. 62890-62901 aug. 2020.
- FRANCISQUINI, A. R; et al. **Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós parto por um grupo de puérperas**. Cienc Cuid Saude. v.9, n.4, p. 743-751, out/dez, 2010.
- GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal. Concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar**. São Paulo: Manole, 2002.
- GUERREIRO, Eryviosy Marculino et al. **Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: senti-**

- dos atribuídos por puérperas.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>.
- GONÇALVES, M. F. et al. **Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: Acesso em: 2 abr. 2019.
- HALL, C. M. **Exercício Terapêutico: Na Busca da Função.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2001
- LEMES, A. G. **Assistência de enfermagem a gestante na primeira consulta de pré-natal.** Revista Eletrônica da Univar, v. 1, n. 8, p. 70-73. 2012. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/81>.
- MARTINS, J. S. A.; DANTAS, F. A.; ALMEIDA, T. F.; SANTOS, M. B. R. **A Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Enfoque na Estratégia da Saúde da Família.** Revista UNIABEU, Belford Roxo, v. 5, n. 9, jan./abr., p. 278-288, 2012.
- MELLEIRO MM. **Experiência e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque foto etnográfico [doutorado].** São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
- NUNES, D. C.; SILVA, L. A. M. **Humanização na assistência de Enfermagem durante gestação, parto e puerpério e seus desafios na promoção de saúde.** Revista Mineira de Ciências da Saúde, v. 4, p. 57-68, set. 2012.
- OLIVEIRA, C. **Efeitos da Cinesioterapia no Assoalho Pélvico Durante o Ciclo Gravídico puerperal.** São Paulo, 2006
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia.** 2 ed. São Paulo: Santos, 2000
- PILOTO, Aline Marques et al. **Análise das características clínicas em mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em um ambulatório no interior da Bahia.** Rev. Mult. Psic.; v. 13, n. 48, supl. 1, p. 109-119, 2019.
- QUENTAL, L. L. C. et al. **Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde.** Revista de Enfermagem, UFPE online, Recife, v. 11 (Supl. 12), p. 5370-5381, 2017. Disponível em: . Acesso em: 22 abr. 2019.
- PROGIANTI JM, Costa RF. **Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.** Rev Bras Enferm. 2012;65(2):257-63.
- SANTOS, Letícia Santana dos; BARBOSA, Silvana Aparecida da Cruz. **Intervenção Fisioterapêutica na gestação e no parto de mulheres que realizam o pré-natal em unidade básica de saúde.** 2019, 60 f. Dissertação (Bacharel em Fisioterapia). Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium. Lins- SP, 2019.
- SAVASSINI, Dayane Jaqueline Moura et al. **Abordagem Fisioterapêutica na prevenção de incontinência urinária em gestantes.** Revista Saberes; v. 13, n. 1, jun., 2020.
- SILVIA, Emanuelle Teixeira; CAETANO, Áfio Caetano; SILVIA, Regina de Vasconcelos Silva. **Assistência Pré-natal Um Serviço de Atendimento Secundário.** R.Bps Fortaleza 2006,19(4):216-223.
- SALVESEN, K.; MORKVED, S. **Randomised Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy.** BMJ. 2004
- SILVA, C. R. **Cinesioterapia do Assoalho Pélvico: abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária e nas disfunções sexuais femininas.** São Paulo: Phorte, 2011.
- SILVA, E. A. T. (2013). **Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção.** O mundo da Saúde, 37(2), 208-215. http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/102/10.pdf
- SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. **Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde.** Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 10, n.10, p. 1- 15, 2012.
- STEPHENSON, Rebeca G.; O'CONNOR. Linda J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia.** 2 ed. Barueri: Manole, 2004.

SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J. M.; PENNA, L. H. G. **Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário.** Cienc Enferm. v. 18, n. 2, p. 65-73, 2012.

TEIXEIRA, Ivonete; AMARAL, Renata; MAGALHÃES, Sérgio. **Assistência de Enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher.** E- scientia. Vol. 3. N. 3. 2010.

VASQUES FAP. **Pré-natal: um enfoque multiprofissional.** São Paulo: Rubio; 2006.

XIMENES NETO FRG, LEITE JL, FULY PSC, CUNHA ICKO, CLEMENTE AS, DIAS MAS, et al. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.** Rev. Bras Enferm. 2008;

CAPÍTULO 29

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE COLO UTERINO

THE ROLE OF NURSNG IN CERVICAL CANCER CARE

Naira Cristina França Melo¹

Ana Cláudia Rodrigues Alves¹

Adeilson Nascimento Silva²

Evelyn Moreira Silva¹

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Leandro Rego Santos²

Neurubia Abreu Cardoso¹

Suzete de Aragão Feijó Pereira³

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

3 Enfermeira especialista na Saúde da Criança e do Adolescente, Estratégia e Saúde da Família e Educação Permanente, São Luís-Maranhão

Resumo

O presente estudo tem por finalidade compreender as ações da equipe de enfermagem necessárias no cuidado as mulheres com câncer de colo uterino. Abordando a atuação e responsabilidade da equipe em acompanhar e participar de todas as fases como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento dessa mulher. Além das estratégias usadas no atendimento e na prevenção e o incentivo do autocuidado dessa paciente. O objetivo do trabalho foi descrever a atuação do enfermeiro em relação a prevenção, diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de colo de útero. O estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa bibliográfica. A busca de artigos foi realizada na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico e cartilhas do Ministério da Saúde. Sendo selecionado publicações de 2006 a 2022 em língua portuguesa escrito por profissionais ou estudantes da área da saúde. Os artigos selecionados apontam que a consulta de enfermagem é uma importante ferramenta de aproximação entre profissional e paciente, sendo a realização do Papanicolau a principal forma de identificar alterações no colo do útero. Além disso, o enfermeiro atua no rastreamento, na detecção, na orientação e na implementação desse cuidado com o paciente. Conclui-se que a equipe de enfermagem apresenta uma função de grande importância em todo processo do câncer de colo de útero desde sua prevenção, rastreamento precoce até seu tratamento.

Palavras chave: Enfermagem, Câncer de colo uterino, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento.

Abstract

The present study aims to understand the actions of the nursing team necessary in the care of women with cervical cancer. Addressing the performance and responsibility of the team to monitor and participate in all stages such as prevention, diagnosis and treatment of this woman. In addition to the strategies used in the care and prevention and encouragement of self-care of this patient. The objective of this study was to describe the role of nurses in relation to prevention, diagnosis and treatment of women with cervical cancer. The study was developed from a literature search. The search for articles was carried out in the Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar and Ministry of Health booklets. Publications from 2006 to 2022 in Portuguese written by professionals or students in the health area were selected. The selected articles point out that the nursing consultation is an important tool to bring professionals and patients closer, and the Pap smear is the main way to identify changes in the cervix. In addition, the nurse acts in the tracking, detection, guidance and implementation of this care with the patient. It is concluded that the nursing team has a role of great importance in the whole process of cervical cancer from its prevention, early screening to its treatment.

Key-words: Nursing, Cervical cancer, Prevention, Diagnosis, Treatment.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero representa um grande problema de saúde pública de ordem mundial. No Brasil, o carcinoma afeta mulheres de 20 a 29 anos de idade até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos, sendo essa neoplasia maligna a quarta causa de morte por câncer em mulheres. Inúmeras razões têm sido incluídas na patogênese do carcinoma do colo uterino, como, por exemplo, início prematuro da atividade sexual (antes dos 16 anos), tabagismo, múltiplos parceiros sexuais (acima de 3), imunossupressão e, sobretudo, a infecção pelo HPV- o qual exerce um papel principal na carcinogênese do colo uterino.

Dessa forma, o papel do enfermeiro frente a assistência ao câncer de útero é de extrema importância para a prevenção e tratamento dessa mulher. Os profissionais de enfermagem agem principalmente na prevenção, guiando e indicando ações de cuidados aos pacientes. Além disso, o enfermeiro é capacitado para realizar o exame preventivo, interpretar resultados obtidos e também encaminhar o paciente aos exames se necessário. Outro ponto importante, é a ação da enfermagem junto ao tratamento, pois muitas mulheres sofrem com as mudanças na vida pessoal e familiar devido a doença. E o profissional, sabendo disso, colabora para oferecer uma qualidade de vida melhor, orientando e acompanhando a paciente segundo suas necessidades individuais.

Diante desse fato, este estudo teve como objetivo a seguinte pergunta norteadora: Como o enfermeiro pode contribuir na prevenção e no tratamento de mulheres com câncer de colo uterino? Para responder este questionamento, o objetivo geral deste trabalho foi abranger as ações de enfermagem necessárias no cuidado a mulheres com câncer de colo de útero desde a sua descoberta até o tratamento. Os objetivos específicos foram: conhecer sobre o diagnóstico de enfermagem e os exames realizados periodicamente para a prevenção da doença; identificar as ações de enfermagem no tratamento e acompanhamento dessa mulher até o estágio final do processo; e compreender sobre o papel do enfermeiro como incentivador do autocuidado do paciente antes da doença com a prevenção e depois do diagnóstico e tratamento do câncer.

Dessa forma, é de suma importância a ação das equipes de enfermagem, pois esses profissionais são capacitados a agir de maneira ativa durante todo o processo de prevenção, diagnóstico e controle da doença. Outro ponto importante é que as mulheres que tem câncer de colo uterino, que já estão na fase de tratamento, continuam necessitando do apoio e cuidado da equipe de enfermagem. Nesse contexto, uma orientação profissional e qualificada de uma equipe que gera confiança aos seus pacientes traz mudanças essenciais para a melhora do quadro clínico. Além de aproximar a comunidade, a confiança que o paciente tem com os profissionais de saúde beneficia o atendimento e o retorno dessas mulheres as unidades, aproximando as equipes da comunidade e diminuindo assim as incidências de câncer de colo uterino no Brasil.

O tipo de pesquisa realizada foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva sobre o papel da enfermagem na assistência ao câncer de colo uterino, abordando a fase de prevenção, diagnóstico até o tratamento final da doença. O levantamento bibliográfico foi realizado através de bases de pesquisa como: Literatura Latino Americana e do Caribe



em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e cartilhas do Ministério da Saúde. Como critérios de inclusão para a seleção do material, foram considerados artigos publicados na língua portuguesa, artigos completos disponíveis nos sistemas online e artigos escritos por profissionais ou estudantes da área de Enfermagem.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E EXAMES PREVENTIVOS

O CCU é uma alteração progressiva das células intraepiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia entre 10 a 20 anos. Estas células pré-cancerígenas tendem a se espalhar mais profundamente no colo uterino conforme o tempo e acabam se transformando em tumores malignos (BARBOSA, 2015).

De acordo com Oliveira (2014), o câncer de colo uterino tem seu desenvolvimento quando as células que revestem o epitélio começam sofrer alterações e se multiplicam desordenadamente, podendo comprometer tecidos, estruturas e órgãos próximos ou à distância. Do processo de iniciação da lesão para a forma mais agressiva e invasiva pode levar até 20 anos para o seu desenvolvimento.

São divididos em duas classes, o que se inicia no epitélio escamoso é designado carcinoma epidermóide, é o mais incidente, e o que tem sua iniciação no epitélio glandular designa-se adenocarcinoma, este mais atípico e mais agressivo. Essas alterações se desenvolvem em estágios de neoplasias intraepiteliais (NIC), quando maior for o grau do NIC maior os riscos das lesões se tornarem malignas. Essas lesões denominadas precursoras são curáveis com a probabilidade de quase 100% de cura se diagnosticada em sua fase inicial (AMARAL et al., 2017).

O CCU inicial é em sua grande parte, assintomático. No período de evolução, a doença passa por fases detectáveis e curáveis. Quando os sintomas estão presentes, a paciente pode apresentar uma fina secreção vaginal aquosa, frequentemente observada após a relação sexual ou do banho e passando despercebido na maioria dos casos. Quando sintomas como secreção, sangramento irregular ou dor depois da relação sexual acontecem, a doença pode estar avançada (SANTOS; LIMA, 2016).

A principal estratégia de detecção e prevenção do CCU no Brasil é o exame de Papanicolau, que consiste na coleta e análise citológica de material cervical. Também é conhecido por citologia oncológica, Pap Test, dentre outros. Esse exame auxilia na detecção de alterações celulares no colo uterino, antes que estas células possam tornar-se um tumor maligno. Essas alterações necessitam de exames complementares que possam dar continuidade a identificação dessas lesões. Alguns fatores predeterminam o desenvolvimento do câncer cervical. Dentre eles, é destacada a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), sendo que aproximadamente 99% das lesões precursoras cervicais e tumores malignos são causados por um dos 15 tipos oncogênicos do HPV, os tipos 16 e 18 são os mais comuns (LIMA et al., 2012).

Para os diagnósticos obtidos nos exames de Papanicolau, o Ministério da Saúde recomenda as seguintes condutas: citologia normal e alterações benignas seguem a rotina de

rastreamento citológico (anual); Alterações pré-malignas, recomenda-se a repetição da citologia em seis meses; Alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada e, apresentando lesão na colposcopia, é recomendada a biópsia. (BRITO et al; 2014).

Para garantir a efetividade dos rastreamentos o Ministério da Saúde vem instituindo programas para fortalecer as políticas de saúde para mulheres, em 1986 foi lançado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que forneceu diretrizes sobre o exame citopatologia oncótico (FARIAS; BARBIERI, 2016).

Devido à importância deste câncer, no ano de 1998 o MS instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCC) através da Portaria GM/MS nº 3040/9810, que contava com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, desenvolvimento do sistema de informações, estabelecimento de mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo (BRASIL, 2010).

Após a transferência da coordenação do programa para o Instituto Nacional do Câncer (Portaria GM/MS nº 788/99), o MS criou o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), um software utilizado para o fornecimento de dados sobre identificação da paciente, informações demográficas, epidemiológicas e dos exames citopatológico e histopatológicos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011a).

O Siscolo aprimorou-se ao longo dos anos e, atualmente, consiste numa ferramenta fundamental para organização das ações de rastreamento, informações gerenciais e faturamento dos exames. O Sistema permite ainda obter o boletim de produção ambulatorial individualizado, registrar informações sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames positivos/alterados, selecionar amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames e coletar dados para construção de indicadores. (DIAS; GLAÚCIA; ASSIS, 2010).

Em maio de 2014 foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) a Política de Atenção à Saúde da Mulher que teve como um dos objetivos fortalecer a prevenção de câncer de colo de útero com ações educativas em saúde e ressaltando a importância de realizar exames de rastreamento. Com isso a diligência do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino é essencial através da prevenção primária e secundária realizando ações que objetivam o controle de câncer cervical atuando na promoção, prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnósticos, tratamento, reabilitações e cuidados paliativos (BATISTA, 2015).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são porta de entrada da paciente no sistema de saúde, lugar onde o enfermeiro é importante integrante da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). A consulta de enfermagem é um importante momento para se realizar o exame, além de ser uma oportunidade conveniente para fortalecer o vínculo entre a mulher e o profissional. Embora existam dificuldades para realizar a consulta, especialmente na atenção primária, sua execução tem relevância incontestável em diversos aspectos do cotidiano da assistência de enfermagem e facilita as atividades educativas individuais (MELO et al., 2012).

O profissional enfermeiro tem desempenho direto na promoção e prevenção do cân-

cer colo uterino, desenvolvidas a partir da consulta de enfermagem, realização do exame colpocitológico, controle da qualidade do exame, investigação, interpretação e avaliação dos resultados e o encaminhamento necessário no momento propício (BRANDÃO; ANDRADE; OLIVINDO, 2020).

A prevenção do câncer de colo de útero é uma das áreas com prioridade de intervenção na atenção básica, sendo o exame ginecológico e a entrega dos resultados uma das responsabilidades do enfermeiro, como integrante da ESF. Portanto, é importante que este profissional esteja atento às alterações do exame com o objetivo de realizar o encaminhamento adequado de pacientes que necessitem realizar outros procedimentos para diagnóstico. (LIMA et al., 2012).

Consulta de Enfermagem é composta por quatro fases: a coleta de dados; o estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem; a implementação dos cuidados e a avaliação dos resultados do plano de cuidados. Para que esta atribuição do enfermeiro seja realizada de forma eficaz, um dos pré-requisitos mais importantes é a disponibilidade de tempo, fator dificultador apontado pelas participantes desse estudo. (MELO et al., 2012).

O exame citopatológico é um teste de citologia oncótica de colo uterino e é considerado o melhor procedimento para detectar as primeiras lesões que aparecem, devendo ser realizado de forma rotineira pelas mulheres entre 25 e 64 anos de idade. Contudo, fatores sociais, econômicos e comportamentais fazem com que a adesão ao exame não seja plena, o que diminui os indicadores de sobrevivência quando a doença é diagnosticada já em estágio avançado (SILVA et al., 2015).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) os enfermeiros identificam as mulheres elegíveis para a realização do exame, por meio de protocolos de priorização de usuárias, e buscam aquelas que não comparecem, oferecendo suporte e informação. Isso tem feito com que o número de exames tenha aumentado em pelo menos cinco pontos percentuais. O nível dos serviços oferecidos pelas UBS é fundamental para a adesão à realização do exame, principalmente em colaboração com a Estratégia Saúde da Família, cujos profissionais estão mais próximos das mulheres (TOMASI et al., 2015).

O exame Papanicolau consiste no esfregaço de células oriundas da ectocérvice e da endocérvice, que são extraídas por raspagem do colo do útero. Esse procedimento é considerado de baixo custo e o objetivo governamental no Brasil é que a cobertura do exame citopatológico atinja de 80 a 85% das mulheres brasileiras na faixa etária apropriada. Este exame é o mais utilizado para rastreamento desta patologia, sendo realizado há mais de meio século, e sua relevância é detectar caso haja células cancerígenas e consequentemente prevenir sua evolução para as formas mais agressivas. O exame preventivo é rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial. (MACIEL; AOYOMA; SOUZA, 2020).

O enfermeiro é habilitado ao longo de sua vida acadêmica para coleta de exame de citopatologia oncótica e possui respaldo pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, além da coleta do material para realização do exame tem habilidade de interpretar resultados, fazer encaminhamento quando necessário e monitorar casos de suspeita e confirmados de câncer cervical (BATISTA, 2015).

Barbosa et al. (2011) aponta que o enfermeiro além da execução do exame preventivo é responsável por preenchimentos de documentos necessários para exames, bem como anotação no prontuário, uma contínua monitoração dessas pacientes nas próximas consultas, por alimentar sistemas de informações como o SISCOLO – (Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero), ainda cabe ao enfermeiro uma busca ativa das mulheres para a entrega de exames, pois 40% das mulheres não buscam seus resultados, e 94,8% desses exames não retirados contém alterações ginecológicas .

Para assegurar uma qualidade na assistência para as mulheres portadoras de CCU, o enfermeiro deve fornecer uma assistência de enfermagem integralizada, organizada e sem fragmentações, para isso, o enfermeiro possui uma ferramenta de trabalho que faz o diferencial a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que proporciona um método de trabalho individualizado ao paciente com diagnósticos de enfermagem baseado identificação dos problemas, dando embasamento para intervenções e avaliação do resultado esperado (VARGAS et al., 2013).

3. AÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA MULHER COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Atualmente o enfermeiro vem se destacando na atuação do cuidado na orientação, informação, prevenção, diagnóstico, detecção inicial e tratamento da doença. Essa atuação deve se iniciar desde a consulta de rotina onde se devem incentivar as mulheres a realizar seus exames, como o exame clínico das mamas e o preventivo e na descoberta de qualquer anormalidade o enfermeiro deve encaminhar e encorajar a mulher a procurar com urgência assistência médica. (SILVA; VASCONCELOS; SANTANA, 2010).

Os profissionais de saúde, juntamente com a equipe de saúde tem a responsabilidade de promover saúde, concentrando os componentes educativos, relacionando riscos comportamentais passíveis a mudança. Assim é imprescindível a divulgação de informações, estimulando a população feminina a determinar suas próprias metas de saúde; aprender sobre as doenças, como meios de intervenção e apoio através de aconselhamento e supervisão contínua. (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Na consulta de enfermagem o enfermeiro deve entender e ter conhecimento da evolução das alterações cérvico uterinas, de sua classificação, com as principais condutas indicadas para cada caso, sendo um grande aliado na luta contra os altos índices de morbimortalidade dessa patologia. Para isso é de suma importância que conheça os diversos conceitos das alterações cervicais ao longo do tempo e inferências clínicas mais confiáveis. (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Ao identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino os enfermeiros podem interagir melhor com a mulher individualizando a assistência estabelecendo vínculos de confiança e garantindo seu retorno à unidade. Essa segurança resultará na busca em sua rede familiar e de amigos em maior número de mulheres para a realização do exame periódico. (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010).

O procedimento de coleta do exame Papanicolau consiste em colher o material do



colo do útero e do seu óstio, geralmente realizado por um médico ou enfermeiro. Esse material é coletado e fixado em lâmina e, em seguida corado, possibilitando a identificação das alterações celulares típicas com a presença do HPV. É muito importante ressaltar que o exame Papanicolau auxilia na detecção das lesões celulares antes que evoluam para o câncer, e não na detecção do HPV. A coleta do exame Papanicolau é um meio efetivo para monitorar e suspender o desenvolvimento neoplásico e a malignidade do câncer. Toda via a eficiência das estratégias e tecnologias utilizadas na prevenção do câncer de colo de útero, confronta-se ainda com a falta de informação adequada, o que acaba contribuindo para o diagnóstico tardio da doença. (SANTOS; SOUZA, 2013).

Diante do tratamento do CCU as mulheres podem sentir-se desconfortáveis pelos métodos terapêuticos que impactaram na vida diária, na qualidade de vida, na saúde física, e geram desconfortos psicológicos, espirituais, socioculturais, ambientais e biológicos, e que devem ser levados em consideração, por isso a equipe de enfermagem é necessária, fornecendo informações sobre os procedimentos cirúrgicos, cuidados específicos, orientações, indicações, esclarecimentos, fornecimento de apoio ao indivíduo e/ou família, organização de grupos de apoio para pacientes, rodas de conversa e escuta qualificada, tornando-se pilares relevantes para as mulheres sentirem-se amparadas e seguras, e auxiliando no seu retorno às atividades diárias. (OLIVEIRA et al., 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a atenção primária tem papel importante, por se tratar de um modelo de atenção voltada para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com o propósito de estabelecer um vínculo entre profissionais e usuários. Desta forma, evidencia-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilita desenvolver o cuidado às mulheres em grupo de risco quando relacionadas ao câncer, como o de útero.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2011b), os serviços de atenção secundária são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados. Enquanto os serviços de atenção primária devem estar o mais próximo possível do local de moradia ou trabalho dos usuários, os serviços de atenção secundária devem ser ofertados de forma hierarquizada e regionalizada para garantir economia de escala e a qualidade da atenção prestada.

O CCU está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus Papiloma vírus Humano (HPV), especificamente o HPV-16 e o HPV-18, e estima-se que por volta de 80% das mulheres sexualmente ativas irão contrair a infecção por HPV no decorrer de sua vida. O Ministério da Saúde, em 2014 incluiu no calendário vacinal a vacina do HPV tetravalente que protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 para meninas de 9 a 13 anos de idade. A vacina em conjunto com o exame citopatológico se complementa como aquilo que se faz de prevenção do CCU. A mulher, mesmo após vacinada, no momento em que atingir a idade preconizada deverá realizar o exame citopatológico, uma vez que a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV (COSTA et al., 2017).

Para prevenir a infecção pelo HPV, que é a principal causa do câncer de colo uterino, o Ministério da Saúde disponibiliza dois tipos de vacinas: a quadrivalente (HPV4) e a vacina contra o HPV oncogênico (HPV2), que são produzidas por meio da técnica de DNA recombinante, criando a proteína L1, que compõe o capsídeo do HPV. A vacina permite a formação de anticorpos neutralizantes em títulos altos, que protegem contra a neoplasia

uterina, sendo que a HPV4 é indicada para homens e mulheres, dos nove aos 26 anos de idade, administrada em intervalos de 0, 2 e 6 meses. (MELLO, 2013).

O grau das lesões que podem ser evidenciadas pelo exame citopatológico é variado, desde alterações celulares de natureza benigna, até atipias celulares, classificadas como escamosas, glandulares ou de origem indefinida, que podem ser neoplásicas ou não. As células escamosas podem significar uma lesão intraepitelial de baixo grau, lesão intraepitelial de alto grau ou o estágio invasor do câncer de colo uterino. (SIQUEIRA et al., 2014).

Os exames, bem como a cirurgia, permitem o estadiamento do câncer de colo uterino, cujos parâmetros foram estabelecidos pela FIGO. No estágio IA1 ocorre a invasão do estroma; o estágio II, dividido em duas fases, é caracterizado pelo envolvimento da vagina na lesão, na fase IIA. Na fase IIB os paramétrios podem ser invadidos, mas a parede pélvica ainda não é atingida. No estágio IIIA as lesões invadem o terço inferior da vagina, mas não atingem a parede pélvica, causando hidronefrose, prejudicando o funcionamento renal. No estágio IVA as lesões podem invadir a mucosa da bexiga, o reto e irem além da pelve verdadeira. No estágio IVB ocorrem metástases à distância. O estadiamento é importante para definir o tratamento, que pode ser feito mediante cirurgia (conização ou histerectomia), quimioterapia e radioterapia. (SOUZA et al., 2013).

A assistência psicológica também é necessária pela equipe de enfermagem, pois surge a necessidade de auxiliar essa mulher aprender a lidar com a natureza sensível da doença desde a admissão, e que possa superar a fraqueza emocional que é vivenciada diante da possibilidade de morte, decorrente de uma doença que é marcada por estigmas. Há também a possibilidade de discutir as possíveis necessidades espirituais, para que sejam identificados esses sofrimentos, e elencar possíveis estratégias de enfrentamento, pois ajuda a enfrentar as barreiras decorrentes da doença e ainda auxiliar na forma em lidar com uma possível morte em estágios em que a doença progride (KIM et al., 2019).

É comum que durante o processo de descoberta e tratamento da neoplasia, a mulher vivencie sentimentos de solidão, de desamparo e desespero, apresentando sentimentos negativos quanto à sua condição de saúde. Essas emoções afetam diretamente o seu bem estar psicológico, uma vez que, diminui a sua autoestima. Essa carga de sentimentos pode fazer com que a mulher se sinta desencorajada a continuar o tratamento, podendo evoluir para um quadro de depressão. Nesse sentido, os cuidados de enfermagem devem ser guiados nas necessidades que refletem as características biopsicossocioespirituais das pacientes com CCU, através da compreensão, da sensibilidade e da escuta, apontando para a necessidade de empatia pela paciente. (KIM et al., 2019; SILVA et al., 2017).

Para Souza et al. (2017) o atendimento da equipe de enfermagem deve ser pautado na sensibilidade para ouvir, identificar e atender as necessidades da mulher com CCU. Além disso, do ponto de vista do gerenciamento do cuidado, o enfermeiro deve reconhecer a organização da assistência na instituição, se articulando com outros serviços de saúde, de modo a garantir a resolutividade dos casos. Com relação à braquiterapia, procedimento de radioterapia interna, diretamente no colo uterino, o enfermeiro deverá, por meio da comunicação verbal e não verbal, promover o conforto da paciente. Assim, as intervenções a serem realizadas devem visar o alívio de angustias, tratamento respeitoso e manobras que acalmem, além de estar atento para as questões relacionadas à ambiência, como temperatura, ruídos e luminosidade.



Estudo de Pessi et al. (2016) apontou que o enfermeiro deve realizar a consulta de enfermagem para esclarecer sobre o número de sessões, possíveis efeitos colaterais, como sangramento vaginal e desregulação do ritmo intestinal, bem como orientar sobre os cuidados nos pós procedimento, tanto durante a internação quanto no domicílio. Ademais, é importante fornecer informações sobre a importância da ingestão hídrica e de uma alimentação saudável para um melhor prognóstico.

4. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E NO AUTOCUIDADO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são consideradas a porta de entrada para o usuário do sistema de saúde, espaço no qual o enfermeiro é um importante integrante da equipe multiprofissional. O desempenho do enfermeiro neste setor é focado na prevenção primária, uma vez que esse é o ponto crucial para o controle da neoplasia em questão. Nesse contexto, os enfermeiros exercem atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas e por intermédio do vínculo com as usuárias, concentra esforços para diminuir os tabus, mitos e preconceitos e buscar a convicção da população feminina sobre as vantagens da prevenção. (COSTA et al., 2017).

O profissional enfermeiro necessita observar se os meios utilizados para informar as usuárias estão sendo realizados de forma adequada e simples, para que a mulher consiga adquirir esse conhecimento de uma maneira mais humanizada. A comunicação se mostra um aspecto importante no atendimento, pela razão que gera a oportunidade de a enfermeira manter contato com a usuária durante a consulta, proporcionando o acolhimento receptivo, informativo, integrador, facilitando a empatia e o despertar da confiança. (AMARAL; GONÇALVES; SILVEIRA, 2017).

O controle do câncer de colo do útero depende de ações voltadas para a área de promoção à saúde, prevenção da doença e qualidade de vida. O Profissional de Enfermagem, ao intervir nessas ações, desempenha atividades, como as visitas domiciliares e a consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada, explanando cada procedimento ao longo do exame Papanicolau. (SILVA et al., 2018).

A educação em saúde é utilizada como estratégia para a prevenção dessa e outras condições, pois é a etapa inicial para a prevenção do CCU, diminuindo o risco, prevenindo condições crônicas e de morbimortalidade da população. Deve ocorrer a transmissão de informações claras e objetivas sobre a importância de ações preventivas, como a vacinação contra o HPV, seus riscos e a necessidade de proteção contra as formas oncogênicas do vírus para pais, jovens, adultos e profissionais de saúde (KESSLER, 2017).

O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode oferecer grandes contribuições ao cenário de controle da doença, ao contemplar em sua dinâmica de trabalho práticas voltadas à vigilância e com a participação social. Diante disso, é imperativo que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, tenham seu olhar voltado para essa realidade, pois a morbimortalidade por tal afecção pode ser reflexo de ações e políticas de prevenção deficitárias. (SEMENTILLE; QUEIROZ, 2013).

A atuação do enfermeiro frente à implantação, planejamento, organização, execução e análise do processamento de enfermagem, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é ajudar o direcionamento das ações da enfermagem para a resolução ou minimização das necessidades individuais dos pacientes. Com isto, ele contribui no reconhecimento precoce do processamento saúde-doença, realizando promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. (FEITOSA et al., 2014).

O desempenho do enfermeiro nas ações de promoção e prevenção do câncer são de extrema importância, suas atividades são desenvolvidas em múltiplas dimensões, podemos apontar entre elas: prática de consulta de enfermagem e do EC, ações educativas juntamente à equipe de saúde e comunidade, administração e contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, controle da qualidade dos exames, investigação, comunicação dos resultados e encaminhamentos para os devidos procedimentos no momento em que preciso. do dano pela doença. (MELO et al., 2012).

De acordo com o Portal Brasil (2014) é importante lembrar que a vacinação é uma ferramenta de prevenção primária e não substitui o rastreamento do câncer do colo de útero em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos. Assim, as meninas vacinadas só terão recomendação para o rastreamento quando alcançarem a faixa etária preconizada para o exame Papanicolau e já tiverem vida sexual ativa. É imprescindível manter a realização do exame preventivo (exame de Papanicolau), pois as vacinas protegem apenas contra dois tipos oncogênicos de HPV, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo de útero.

O trabalho de prevenção estende-se desde um atendimento individualizado até medidas coletivas, é importante colocar que todas as ações desenvolvidas, devem considerar crenças, valores, culturas, religião e arcabouço de conhecimento da população, a fim de ampliar os resultados positivos do trabalho desempenhado e aceitação do público. (PAULA, 2012).

Nesse sentido, percebe-se como indispensável para este serviço, a presença do profissional enfermeiro. Vale destacar ainda, no que se refere ao câncer de colo uterino, o enfermeiro possui figura ainda mais relevante, ressaltando que é responsabilidade deste profissional a promoção de saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como ações que possibilitem tratamento e reabilitação, vale deste modo citar a resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 381/2011, a qual coloca no Art. 1º que, "No âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau é privativa do Enfermeiro". (COFEN, 2011).

Deste modo, é importante que o enfermeiro assuma o seu papel enquanto profissional com tal arcabouço de responsabilidades e busque meios e estratégias que alcancem as mulheres, principalmente as que possuem fatores de risco para o desenvolvimento desta doença, para encorajá-las e auxiliá-las a formular suas próprias metas de saúde, acolhendo, acompanhando, orientando, esclarecendo dúvidas e fornecendo novos conhecimentos sobre a doença, esquematizando atividades comunitárias e individuais para que haja eficácia na promoção de saúde, e quando necessário auxiliar no enfrentamento da doença (SMELTZER; BARE, 2006).



Os profissionais de enfermagem se destacam na tarefa do cuidado preventivo, por meio de estratégias que motivem e mobilizem os profissionais envolvidos no cuidado. A orientação sobre a importância do exame Papanicolau para prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, é uma das formas de conscientização como também de promoção do autoconhecimento, desenvolvendo a confiança entre os participantes deste processo e o respeito para um trabalho eficiente (REIS; OLIVEIRA; SANTOS, 2015).

O profissional deve manter-se atualizado de maneira que possa trazer para sua conduta a população alvo por meio de educação em saúde, divulgação e realizando a busca ativa. Essa conduta deve ser realizada visando à prevenção a doenças e agravos, bem como deve ser realizados cuidados para manutenção das necessidades básicas, disponíveis nas redes de atenção à saúde (MENEZES et al., 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública mundial. Apesar de ter um programa de prevenção e diagnóstico eficaz, no Brasil as mulheres cada vez mais apresentam a predisposição para essa patologia. Embora seja recorrente, fica a disposição na Atenção Básica a promoção da prevenção com as vacinas e o exame Papanicolau, além da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

O enfermeiro é de suma importância para o tratamento e acompanhamento dessa mulher com câncer uterino. Esse cuidado é prestado ao paciente a partir do momento que ele recebe o diagnóstico médico, sendo esse processo o mais difícil pois o paciente já possui um estigma sobre essa doença. E o profissional habilitado irá fazer o aconselhamento durante toda essa fase, sanando as dúvidas, explicando os procedimentos a serem tomados para o tratamento do paciente, além de ajuda-la na qualidade de vida durante a evolução do mesmo.

Além disso, o autocuidado incentivado pelo enfermeiro ao paciente inicia com a realização da consulta de enfermagem e do exame preventivo. Onde ela é orientada sobre a importância da observação periódica do colo do útero para obter um diagnóstico rápido e seguro. Da mesma forma, o autocuidado ao paciente em tratamento. Pois nessa fase a mulher possui vários sentimentos como medo, angústia, solidão e por isso a equipe de enfermagem precisa estar alerta e qualificada para saber lidar com essa situação e amparar a paciente da forma que ela necessita.

Diante do exposto, a equipe de enfermagem exerce papel fundamental nesse tema. Pois é este profissional que possui uma comunicação direta com o paciente atuando como porta de entrada e promovendo a promoção do cuidado. Uma vez que ele possui a qualificação e conhecimento necessário para oferecer uma assistência de forma integral e humanizada, visando o melhor atendimento ao paciente e a uma eficiente promoção à saúde.

Referências

- AMARAL MS, GONÇALVES AG, SILVEIRA LCG. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Rev. Cient Fac Mais**, 2017; 197-223
- Brasil. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: Inca; 2010
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do útero (SISCOLO): manual gerencial**. Rio de Janeiro: Inca; 2011a.
- Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011b.
- BARBOSA L.R., Intervenções de Enfermagem Utilizadas no Rastreamento Precoce do Câncer Cérvico Uterino: Revisão Integrativa. **Rev. de Atenção à Saúde** v. 13, nº 44, p. 94-99, abr./jun. 2015
- BARBOSA S, PINHEIRO M, JÚNIOR PPS. Ações do enfermeiro na prevenção primária e secundária do câncer de colo do útero. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, 2011; 9 (1).
- BATISTA RCL. **Papel da enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa**. Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia, Distrito Federal, 2015
- BRITO SILVA K., BEZERRA A.F.B., CHAVES L.D.P., TANAKA O.Y. Integralidade no Cuidado ao Câncer do Colo do Útero: Avaliação do Acesso. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, nº 2, p. 240-248, 2014
- BRANDÃO, A. M. R., de ANDRADE, F. W. R., de OLIVINDO, D. D. F. Atuação do enfermeiro da estratégia da saúde da família no manejo da mulher com resultado de colpocitologia alterado. **Research, Society and Development**. 2020
- CARNEIRO, C.P., PEREIRA, D.M., PEREIRA, A.T., SANTOS, G.A., de MORAIS, F.A., DUARTE, R.D. O Papel do enfermeiro frente ao câncer de colo uterino. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2019. p.1-9.
- CASARIN MR, PICCOLI JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de santo Ângelo/RS. **Clínica & Saúde Coletiva**. 2011; 16(09):3925-3932.
- CARVALHO MCMP, QUEIROZ ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Escola Ana Nery**. 2010; (3):617-624.
- Conselho Federal de Enfermagem. Sistema COFEN/Conselhos Regionais. RESOLUÇÃO COFEN Nº 381/2011. **Normatiza a Execução, pelo Enfermeiro, da Coleta de Material para Colpocitologia Oncótica pelo Método de Papanicolaou**. Brasil, 2011.
- COSTA, F. K. M., WEIGERT, S. P., BURCI, L., NASCIMENTO, K. F. Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. 2017. **RGS**. Nov; 17 (Supl 1): 55-62.
- DIAS MBK, GLÁUCIA J, ASSIS TM. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiol Serv Saúde** 2010; 19(3):293-306.
- FARIAS ACB de, BARBIERI AR. Seguimento do câncer de colo de útero: estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery**, 2016; 20 (4).
- FEITOSA W F, Da SILVA MGP, Da SILVA Aguiar LR, De MIRANDA BARROS MC. Prevenção de câncer de colo uterino: uma experiência na unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, 2014;(1), 2435- 2446
- FELICIANO C, CHRISTEN K, VELHO MB. Câncer de colo uterino: realização do exame colpo citológico e mecanismos que ampliam sua adesão. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem**, UERJ. 2010; 18(1):75-9
- LEITE, A. C., SILVA, M. P. B., ALVES, R. S. S., FEITOSA, L. M. H., RIBEIRO, R. d. N., PRADO, A. d. M., SOA-

- RES, N.C.F.B. Atribuições do enfermeiro no rastreamento do câncer de colo do útero em pacientes atendidas na Unidade Básica de Saúde. **Research, Society and Development**. 2020. p. 9-11.
- LIMA T.M., LESSALL P.R.A., FREITAS L.V., TELES L.M.R., AQUINO P.S., DAMASCENO A.K.C., et al. Análise da Capacidade Diagnóstica dos Exames Preventivos do Câncer de Colo Uterino. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 25 nº 5, 2012
- MACIEL, L. M. A; AOYOMA, E. A; SOUZA, R. A. G. A Importância do Exame Papanicolau Realizado pelo Enfermeiro para o Diagnóstico do Câncer de Colo Uterino. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. 2020. P. 88-92.
- MELO, M. C. S. C. de.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. de O.; SOUZA, I. E. de O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 58, n. 3, p. 389–398, 2012. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.590. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/590>. Acesso em: 31 mar. 2022.
- MELLO, C. F. Vacinação contra papilomavírus humano. **Revista Einstein**, v. 11, n. 4, p. 547-549, 2013. Disponível em: Doi: 10.1590/S1679-45082013000400027.
- MENEZES, M. O.; SIQUEIRA, G. S.; OLIVEIRA, V. M. F. D.; SANTOS BARRETO, S. M. S.; DA SILVA, D. P.; DANTAS MACHADO, I. L. Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 37–49, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/1179>. Acesso em: 28 abr. 2022.
- NASCIMENTO RP do. **A relação enfermeiro-cliente na consulta preventiva do câncer cérvico-uterino**. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2010.
- OLIVEIRA JRG de. **Fatores que influenciam no câncer de colo do útero**. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Roraima, 2014.
- OLIVEIRA, C. B. S. de; GUEDES, B. C. A.; NASCIMENTO, D. J. S. do; VARELA, F. F. de A.; GOMES, G. E. R.; DANTAS, J. T. da S.; SILVA, A. dos S.; BATISTA, G. S.; GONÇALVES, N. A. L. Nursing care in the prevention and treatment of cervical cancer: an integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e18611528269, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28269. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28269>. Acesso em: 28 apr. 2022.
- PAULA, C.G. et al., Atuação do Enfermeiro da Atenção Básica Frente ao Controle do Câncer Uterino: Revisão de Literatura. **Pós em Revista do Centro Universitário Newton Paiva**. Brasil, 2012.
- PESSI, M. R., FEUERCHUTTE, K. K., ROSA, L. M., HAMMERSCHMIDT, K. S. A., RADUNZ, V., ALVAREZ, A. M. Prevenção da estenose vaginal pós braquiterapia: intervenção de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, 2016. 10(9), 3495-3502. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11433>
- Portal Brasil. HPV. **Cresce Número de Mortes Por Câncer do Colo do Útero no País**. Novembro, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-eestor/principal/noticias/15836-cresce-numero-de-mortes-por-cancer-do-colo-doutero-no-pais>.
- REIS, Alessandra Engles; OLIVEIRA, Jaqueline Peres Gonçalves de; SANTOS, Juliane Machado Kilian. Assistência de enfermagem na Prevenção de Câncer de Colo Uterino por meio da consulta Ginecológica. **Revista Thêma et Scientia**. 2015.
- SANTOS L.M., LIMA A. K. B. S., Câncer de Colo do Útero: Papel do Enfermeiro na Prevenção e Detecção Precoce Dessa Neoplasia na Atenção Básica. **Rev. Temas em Saúde**, v. 16, nº 3, p. 463-475, 2016
- SANTOS UM, SOUZA SEB. Papanicolau: diagnóstico precoce ou prevenção do câncer cervical uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2013; 37(4):941-951.
- SEMENTILLE, E. C., QUEIROZ, F. C. Atuação do enfermeiro na saúde da mulher: prevenção do câncer do colo do útero. **Ensaio e Ciência**. 2013.
- SILVA, M. A. S.; TEIXEIRA, E. M. B.; FERRARI, R. A. P.; CESTARI, M. E. W.; CARDELLI, A. A. M. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Revista Rene**, v. 16, n. 4, p. 532-539, 2015.
- SILVA SED, VASCONCELOS EV, SANTANA ME, et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico uterino. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2010; 44(3):554-60

SILVA, T. R., de OLIVEIRA PRUCOLI, M. B., AMORIM, Y. P. D. S. V., dos REIS NUNES, C. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero em unidade básica de saúde enfatizando o acolhimento. **Múltiplos Acessos**. 2018.

SILVA, J. R. T., ASCARI, T. M., KLEIN, M. L., ASCARI, R. A. Vivência das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero submetidas a tratamento cirúrgico. **Rev enferm UFPE on line**, 11, 2017. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110192>

SIQUEIRA, G. S.; OLIVEIRA, V. M. F.; BARRETO, S. M. S. S.; MENEZES, M. O.; SILVA, D. P.; et al. Citopatologia como prevenção do câncer do colo uterino. **Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e Saúde da Unit**, v. 2, n. 1, p. 37- 49, 2014.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3v. 2006.

SOUZA, C. Q. S., LEITE, J. L., PAULA, C. L., COROPES, V. B. A. S. Mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia: impressões da consulta de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, 2017. 11(4), 1603–1608. <https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201706>

SOUZA, G. D. S.; OLIVEIRA, R. A. A.; STEVANIN, A.; SOUSA, M. F.; ALMEIDA, E. C. A concepção das mulheres de Mirandópolis-São Paulo acerca do exame de Papanicolau. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 3, p. 470-479, 2013. Disponível em: Doi: 10.5902/217976929647.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T. F.; FERANDES, P. A. A. F.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

VARGAS MADO, ALMEIDA AMD, RADUNZ AM de et al. **Módulo VIII**: Linhas de cuidado: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata). Florianópolis: UFSC; 2013; 123p.

KESSLER, T. A. (2017). Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. **Seminars in Oncology Nursing**, 33(2), 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.02.005>

KIM, H. W., KIM, D. H., KIM, Y. H., LEE, E. J., KANG, S. Y., LEE, D. B., KIM, Y. Clinical nurses' awareness and caring experiences for patients with cervical cancer: A qualitative study. **Plos One**. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217201>

CAPÍTULO 30

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

***THE ROLE OF NURSING IN COPING WITH PREGNANCY IN
ADOLESCENCE***

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues¹

Iasmin Soares da Silva¹

Mariana Farias da Silva Lima¹

Audiane Ramos da Silva¹

Matheus Lima Moreira²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

Sabe-se que a gravidez na adolescência gera consequências inimagináveis além dos grandes prejuízos não só a nível psicológico, mas familiar e social que se ligam fortemente ao desenvolvimento do adolescente. O presente estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica sobre o papel da enfermagem no enfrentamento à gravidez na adolescência pois constata-se que gestar nesse período da vida é considerado um problema de saúde pública, sendo imbuído de inúmeros fatores que corroboram para que isso ocorra entre eles está a baixa escolaridade, pouco ou nenhum acesso à informação e nível social por isso, faz-se necessário prestar uma assistência de qualidade e efetiva. Existem inúmeros riscos relacionados ao problema entre os quais destacam-se a evasão escolar, o aborto (autoprovoado ou não), hemorragias e também a morte perinatal. As políticas de prevenção estão fortemente ligadas à educação sexual e ao sexo seguro, temas ainda considerados um grande tabu perante a sociedade. Sendo assim, o profissional enfermeiro desempenha um importante papel na prevenção da gravidez e a outros problemas que necessitam de cuidados, principalmente relacionados ao público adolescente onde a correta assistência é fator decisivo para a disseminação de informações com o intuito de prevenir maiores riscos durante esse período tão delicado.

Palavras-chave: Enfermagem, Adolescência, Gravidez, Prevenção.

Abstract

It is known that teenage pregnancy generates unimaginable consequences beyond the great damage not only the psychological level, but family and social that is strongly linked to the development of adolescents. The present study was a bibliographic review on the role of nursing in coping with pregnancy in adolescence because it is observed that pregnancy in this period of life is considered a public health problem, being imbued with numerous factors that corroborate this to occur among them are low schooling, little or no access to information and social level for this, it is necessary to provide quality and effective assistance. There are numerous risks related to the problem among those that highlight school dropout, abortion (self-provoked or not), hemorrhages and also perinatal death. As prevention policies are strongly linked to sex education and safe sex, themes still considered a great taboo in the face of society. Therefore, the nursing professional plays an important role in the prevention of pregnancy and other problems that need care, mainly related to the adolescent public where correct care is a decisive factor for the dissemination of information in order to prevent greater risks during this delicate period.

Key-words: Nursing, Adolescence, Pregnancy, Prevention.



1. INTRODUÇÃO

Durante toda a vida o ser humano passa por transformações, e de todas as fases nenhuma é tão relevante quanto a adolescência, pois é nesse período em que ocorrem mudanças que refletirão fortemente na vida adulta. Sabe-se que o público dessa faixa etária é muito vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), ao uso de drogas e também (como foco principal dessa pesquisa) a gravidez na adolescência. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a gestação no período da adolescência é considerada de alto risco, isso deve-se ao fato de que nessa fase o corpo ainda não possui preparo físico e muito menos psicológico para gerar uma vida, ocasionando grandes complicações ao binômio.

O presente trabalho (O papel do enfermeiro no enfrentamento à gravidez na adolescência) é de grande relevância por ser uma realidade a ser enfrentada e partindo desse princípio, sabe-se que esse profissional desempenha o papel de educador e por isso, é agente de extrema importância no cuidado. É um tema bastante discutido e está diretamente ligado à saúde de jovens que necessitam ser vistos como seres holísticos em um período de grandes transformações.

Existem muitos problemas relacionados à uma gestação precoce, entre tantos há o risco de a gestante desenvolver doença hipertensiva, evoluir para uma hemorragia ou até mesmo para um quadro infeccioso, parto prematuro e também a morte materna. Mediante aos riscos e tendo em vista que a enfermagem está diretamente ligada ao paciente, surge a seguinte pergunta norteadora: Frente à gravidez na adolescência e seus potenciais riscos, como o profissional enfermeiro poderá auxiliar para a diminuição do número de casos?

Em resposta ao questionamento anterior o objetivo geral visa demonstrar a importância do profissional enfermeiro como orientador para a diminuição do número de casos de gravidez na adolescência. Já os objetivos específicos buscam promover à população jovem a importância da prevenção da gravidez na adolescência e seus potenciais riscos; apresentar temas que ainda são considerados tabu perante a sociedade, como a orientação ao sexo seguro e por fim, demonstrar que o enfermeiro também desempenha o exímio papel de educador.

O presente estudo buscou compreender o tema proposto cujo o método empregado foi por meio de uma revisão de literatura, onde foram feitos levantamentos de informações a partir de ferramentas bibliográficas (sites, artigos e outras fontes). O trabalho foi realizado utilizando a base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como outras fontes de pesquisa. Os artigos relacionados ao tema tiveram um período de publicação entre os anos de 2010 a 2020.

2. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, RISCOS E PREVENÇÃO

Durante muitos anos, engravidar no período da vida entre 12 e 18 anos era considerado normal em muitas famílias, principalmente levando em consideração as muitas

culturas existentes. Uma jovem nessa faixa etária facilmente já deveria estar em sua primeira gestação. Com o passar dos anos muitas mudanças ocorreram e esse tipo de situação deixou de ser comum e passou a ser considerado um caso de saúde pública. (GODOI; BRÊTAS, 2015).

Segundo a lei 8.069 art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990), [...] “considera-se adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade”. Porém, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2019), o período estimado da adolescência é definido dos 10 aos 20 anos. Vale ressaltar que mesmo não havendo uma idade previamente definida pode-se concordar que esse período da vida é marcado por muitas mudanças tanto físicas quanto psicológicas, onde são feitas indagações, projeções para o futuro e grandes descobertas.

A partir da puberdade o corpo passa por fortes transformações, durante esse processo picos de hormônio são liberados no organismo e é também onde ocorre a preparação para a vida adulta. As mudanças físicas tornam-se mais intensas e muito notórias principalmente em se tratando do público feminino que tende a amadurecer mais rápido.

Há dados que comprovam que a grande incidência em todo o mundo no número de gravidez na adolescência tem crescido potencialmente, principalmente em países cujas condições de vida são precárias, países em ascensão como o Brasil compõe esse índice. Pode ocorrer em todo e qualquer nível social, porém é mais abrangente em adolescentes que dispõem de menos condições de vida ou baixa estrutura familiar, jovens nesse período da vida (que é tão significativo e cheio de transformações) muitas vezes não possuem condições financeiras, preparo psicológico ou muito menos o apoio familiar, ocasionando sérios problemas. (DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

Dentre as vulnerabilidades que podem “facilitar” as condições que predispõe uma gravidez precoce, os aspectos sociais e familiares estão diretamente ligados. Evidências apontam que existem muitas causas para o aumento do número de casos de gravidez na adolescência entre eles podemos elencar: O baixo nível de escolaridade, baixo poder aquisitivo e idade em que ocorreu a concepção entre outros. Os jovens estão susceptíveis não somente a gravidez indesejada, mas também a vários outros problemas bem como: as IST's e a vários tipos de violência (HOGA; BORGES; REBERTE, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) a maioria das gestantes concordam que uma das mudanças mais prejudiciais após engravidarem precocemente se trata da interrupção dos estudos, onde grande parte não retoma novamente a rotina gerando grandes consequências ao ensino-aprendizado fazendo com que essa adolescente se sinta muito mais insegura em relação ao seu futuro e vida social, pois entende que a vida não seguirá um novo curso logo após a descoberta da gestação.

De acordo com Dias e Teixeira (2010) uma das grandes causas da evasão escolar pelas adolescentes se deve também à gestação precoce. Os riscos a que essas jovens estão expostas são inúmeros sem mencionar os riscos que o “novo ser” também está sujeito, os cuidados com a gravidez devem ser redobrados durante esse período e sentimentos negativos podem acarretar em frustrações, problemas psicológicos e até mesmo baixa autoestima, causando desânimo e conseqüentemente a depressão.

Além dos fatores de risco e dos prejuízos relacionados à convivência familiar e também à educação, muitos outros podem ser incluídos, como a ausência do parceiro nesse período tão delicado e a falta de acesso e conhecimento em relação aos métodos preventivos. Os riscos ao binômio também devem ser considerados visto que o abandono a criança ocasionado por problemas emocionais pode impactar severamente na construção da relação afetiva (AZEVEDO et al., 2015).

De acordo com Azevedo et al. (2015) em se tratando do aborto (autoprovocado) o autor defende que a falta de informação e a escassez de acompanhamento durante o período puerpérico-gravítico aumenta essa incidência, que por consequência pode ocasionar graves problemas ou até mesmo resultar ao óbito materno. Além do grande quantitativo de abortos sejam eles autoprovocados ou não, pode-se ocasionar outros problemas que são potenciais riscos para a saúde da mãe e do bebê entre eles a doença hipertensiva, infecções urinárias, hemorragias e o por fim, a morte perinatal.

A depressão é um dos grandes fatores que possivelmente podem ser gerados em consequência de uma gestação não planejada. Nesse sentido tal situação pode desencadear outros problemas como a ansiedade severa e de forma mais grave a ideação suicida, pois é crível que durante esse processo a gestante na maioria das vezes sofre o abandono da família e do parceiro. Por se tratar de um processo de inúmeras transformações, gestar em um período tão delicado e regrado de incertezas pode trazer sérios problemas psicológicos a curto e a longo prazo (SILVA; RODRIGUES, 2020).

De acordo com Cabral e Brandão (2020) é muito importante a inserção de políticas voltadas não somente à prevenção em si, mas também a inserção desses jovens aos assuntos relacionados ao planejamento familiar. Por ser um tema ligado a prevenção, é crível que existem muitas barreiras a serem enfrentadas uma delas é a ideia de que a responsabilidade de prevenção recai somente ao público feminino. É bem comum observar que os homens possuem maior dificuldade de comunicação no que se trata de assuntos em relação a gravidez precoce e a infecções sexualmente transmissíveis.

Segundo Dias e Teixeira (2010) além da distribuição dos métodos contraceptivos há muitas outras formas de prevenir a concepção indesejada na fase da adolescência, entretanto, é de suma importância que os profissionais da saúde estejam devidamente atualizados quanto ao assunto e tenham sensibilidade em prestar assistência a esse público de forma qualificada, sem julgamentos e com os olhos sempre voltados para o cuidado completo.

Compreender que os jovens possuem direitos e deveres e que devem estar cientes de suas responsabilidades não somente sobre o seu corpo, mas também sobre os seus atos é entender que o adolescente tanto homem quanto mulher é um ser pensante, mas que ainda está em grande fase de desenvolvimento. Nesse sentido vale destacar um assunto de grande relevância, mas que ainda há pouca discussão: a sexualidade, pois trata-se de um período ligado à fase da adolescência, porém é de suma importância lembrar que antes da vida sexual se tornar ativa há outros fatores que podem ajudar a tornar o assunto sobre sexualidade mais habitual, um grande exemplo é por meio das atividades educativas em saúde, onde os profissionais empenham-se a fim de orientar os jovens quanto aos métodos de prevenção (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

É de fundamental importância que os pais estejam abertos ao diálogo desde o início da puberdade, e que tenham em mente o seu papel de ajudador, dirimindo as dúvidas dos seus filhos e disseminando informações tão importantes. Sabe-se que o assunto sobre sexualidade ainda gera muito desconforto e é motivo de vergonha para muitos pais e filhos, e isso pode ter grande relação com a dificuldade em conversar sobre o assunto, porém, entende-se que é de suma relevância tratar sobre pautas tão importantes, pois já existem inúmeros fatores para que esse adolescente inicie a vida sexual de forma errada e sem nenhuma orientação.

3. EDUCAÇÃO SEXUAL E ORIENTAÇÕES AO SEXO SEGURO

De acordo com Sfair, Bittar e Lopes (2015) a gestação na adolescência assim como as IST's são problemas evitáveis, isso se deve a exposição que essa faixa etária se encontra. Sabe-se que existem muitos métodos relacionados à prevenção e um dos mais eficazes se dá por meio de ações de educação sexual e orientações ao sexo de forma segura, porém ainda existem muitos obstáculos a serem enfrentados.

Por muito tempo temas como sexualidade, virgindade, excitação ou questões sobre os órgãos genitais eram associados a impureza e abominação logo, sempre existiu vergonha e estranheza em tratar de tais assuntos principalmente quando o público envolvido eram as crianças ou adolescentes.

Durante muitos séculos a necessidade e a busca por informações sobre o sexo e assuntos relacionados a este foram regradados de falsas crenças pois concordava-se que isso trazia males irremediáveis e até mesmo perturbações psicológicas causando problemas físicos ou doenças incuráveis. Por muito tempo as crianças passaram a ser consideradas seres imaculados e repletos de pureza onde qualquer questionamento ou curiosidade relacionado ao sexo era grande motivo de repreensão e muitas vezes haviam castigos como forma de punição (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015).

Nos dias atuais é possível afirmar que orientações quanto ao sexo seguro ou qualquer informação referente ao assunto ainda é considerado um grande tabu, principalmente se tratando da família assim, para grande parte da sociedade crianças e adolescentes devem conhecer ou descobrir de forma "natural" sobre o seu corpo e sobre os cuidados relacionados a ele (PEREIRA; BAHIA, 2011).

Nesse sentido, os adolescentes devem receber atenção prioritária quanto aos cuidados nessa fase principalmente por estarem em grande exposição aos riscos relacionados. Faz-se necessário estar atento quanto aos cuidados a serem tomados durante esse período e essa atenção precisa estar voltada para muito antes do início da puberdade, pois é uma fase crucial para a formação desse jovem e onde as transformações físicas irão acontecer de forma mais acentuada e perceptível (PASCHOAL; MARTA, 2012).

Dentre todos os processos necessários para a formação de uma sociedade a educação é fator de extrema relevância na vida das pessoas e deve fazer parte do desenvolvimento de todos, onde a família desempenha um dos pilares de extrema importância nesse processo pois através dela é que deve haver a construção do vínculo afetivo, um



dos quesitos fundamentais e que irão nortear muitas situações futuras.

De acordo com Paschoal e Marta (2012) sendo os pais os principais responsáveis quanto aos cuidados diretos com os filhos, podem desempenhar a função de ajudar no fornecimento de conhecimento. Por meio do diálogo é preciso lembrar que os adolescentes não podem ser tratados como crianças ou adultos, mas, como pessoas em processo de formação e que necessitam de apoio.

O processo de orientação adequada e conversa sobre o assunto, além de proporcionar a busca pelo autocuidado ainda ajuda no desenvolvimento de ações que previnem ou até mesmo tornam os adolescentes mais responsáveis sobre suas ações. Uma das grandes dificuldades desse processo se dá por causa do pensamento arcaico em relação a educação sexual, pois mesmo com a crescente globalização e o acesso a informações, muitos responsáveis ainda entendem que não há benefícios em conversar sobre o assunto, de outro modo, acreditam que promover esse diálogo sobre o assunto podem estar contribuindo ou concordando com a liberdade sexual dos seus filhos (GONÇALVES; FALEIRO; MALAFAIA, 2013).

Um olhar ampliado diante do cenário que é evidenciado nos dias de hoje pode trazer inúmeras reflexões, atentar-se ao fato de que os pais ainda possuem muitos mitos e tabus que precisam ser desconstruídos perante a assuntos tão importantes, só reforça que é preciso priorizar o quanto antes o acesso a informações amplamente necessárias. É preciso que estas sejam acessíveis a todos, bem como é priorizado nos direitos já mencionados.

Segundo Marola, Sanches e Cardoso (2011) durante muito tempo a desinformação contribuiu fortemente para que o público jovem não despertasse o interesse de forma importante aos meios de prevenção voltados a saúde sexual e reprodutiva. Mesmo com a gama de meios de comunicação existente concorda-se que pouco é conversado sobre esses assuntos e diante disso, os números de casos de infecções sexualmente transmissíveis e gestar no intervalo da adolescência tem disparado de forma alarmante.

Em se tratando do contexto familiar é importante ressaltar que grande parte desses adolescentes possuem receio em iniciar uma conversa que envolva suas dúvidas e anseios quanto as questões sexuais, porque acreditam que é um assunto muito difícil de ser tratado com os pais. O medo de ser repreendido e de ser "mal visto" ainda proporciona muitas barreiras e nesse sentido, a primeiro passo para as descobertas relacionadas ao assunto são conseguidas com amigos próximos e também como na maioria das vezes no âmbito escolar (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

Dentre inúmeros fatores é imprescindível que a escola seja parceira durante o processo de orientação, pois o tripé que compõe essa estruturação corresponde a saúde, educação e família. Diante do exposto faz-se necessária essa combinação de cuidados, além de ser importante, promove a continuidade da atenção (PEREIRA; BAHIA, 2011).

Segundo Silva e Rodrigues (2020) para que haja a diminuição da incidência da gravidez na adolescência a educação e orientação voltada para a saúde sexual quando aplicada no âmbito escolar de forma correta e com o auxílio de profissionais capacitados, além de contribuir para a prevenção deve também haver o acolhimento àquelas que já engravidaram.

ram, a fim de evitar complicações vindouras.

A promoção do acesso aos meios de informação ao sexo seguro é de total relevância, pois só assim é possível evitar maiores complicações. Vale mencionar, que antes mesmo do contato sexual deve haver o aconselhamento correto quanto aos cuidados a serem tomados pois sabe-se que a iniciação da vida sexual tem sido adiantada cada vez mais e isso já é um grande motivo de preocupação.

Para que haja o entendimento sobre o sexo seguro é importante que o profissional enfermeiro em parceria com a escola forneça informações que vão desde a colocação correta e a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais bem como, métodos contraceptivos hormonais e não hormonais, realizar periodicamente os testes rápidos (HIV, sífilis, Hepatites B e C) consultas periódicas, cuidados com a higiene íntima, e sempre fazer o monitoramento desses jovens (GOMES; HORTA, 2010).

As unidades básicas de saúde são porta de entrada para a saúde no Brasil, e estas juntamente com o profissional enfermeiro deve estar em consonância para a realização do processo de prevenção às doenças de cunho sexual bem como a gravidez na adolescência, no entanto, muitas ainda enfrentam grandes problemas e muitas vezes relacionadas ao acesso. Um grande exemplo a ser explorado como ferramenta de prevenção são as visitas domiciliares, onde os profissionais tem a oportunidade de ampliar o cuidado dialogando com esses jovens, e esse acompanhamento deve ser feito prioritariamente desde a infância (CELESTE; CAPPELLI, 2020).

De acordo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), a dificuldade de acesso à informação ainda é um grande problema social, onde muitos jovens não conseguem ter acesso igualitário aos métodos de prevenção. Por ser um problema social é preciso que haja mais investimento para tratar o problema, em contra partida esse cenário torna-se pior quando são citadas as zonas periféricas e rurais.

Portanto, para que essas orientação e cuidados sejam de fato eficazes, deve-se concordar que é preciso facilitar o acesso a esses jovens no âmbito da prevenção, sendo estes assuntos tão relevantes e que irão impactar diretamente na vida desses adolescentes sendo assim, pode-se afirmar que essas pautas necessitam receber mais atenção e jamais serem enxergadas como algo abominável ou desprezível. Ainda há muito a ser feito para que se consiga feitos desejáveis no processo de educação sexual e a orientação correta é um dos primeiros passos a serem dados.

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Sabe-se que durante muito tempo o profissional enfermeiro foi resumido em apenas auxiliar o paciente na sua melhora clínica onde a visão era voltada apenas para o ambiente hospitalar, mas, com a evolução da atividade exercida tornou-se possível presenciar que um leque de possibilidades e grandes oportunidades foi aberto. Sendo assim, hoje é possível trabalhar com a prevenção de forma mais ampla, sistematizada e ainda com o olhar voltado para o paciente.



A enfermagem está diretamente ligada à prevenção, pois este profissional possui habilidade de enxergar muito além da realidade vivenciada pelo cliente, por isso, atua servindo como uma ponte de informações entre o conhecimento e a população. Por se tratar da pessoa que está diretamente ligada ao paciente, além de possuir habilidade técnica também dispõe de autonomia na tomada de decisão em diversas situações (COSTA; FIGUEREDO; RIBEIRO, 2013).

Segundo Maia (2012) com o aumento do número de casos de gravidez na adolescência, faz-se necessário que o profissional almeje meios e estratégias para ganhar a atenção desse público tão retraído a fim de engajá-los e motivá-los sobre assuntos pertinentes ao seu desenvolvimento e fornecer informações sobre os cuidados nesse período da vida.

A importância do profissional enfermeiro a fim de evitar a gravidez na adolescência e ressaltando o seu papel de educador, muitos estudos concordam que o este, através da orientação (sendo esse um dos pilares fundamentais para a educação sexual) promovem bons resultados no que tange a saúde dos pacientes (MAIA, 2012).

É preciso que haja prioridade quando a qualidade do acolhimento e abordagem ao público adolescente é de suma importância, pois concorda-se que melhor será a forma que ele absorverá as informações repassadas pelo profissional. A família também entra com um papel muito relevante, além de dar assistência ao adolescente fortalece os conhecimentos repassados.

A confiança é fator primordial para a construção do vínculo entre ambos, a atenção ao espaço em que a escuta qualificada ocorrerá deve ser levada em consideração a fim de reduzir a timidez ao se expressar, evitar que os pais estejam presentes no local também pode ajudar, assim, o adolescente se sentirá mais seguro em compartilhar informações com o profissional (FONSECA, 2019).

De acordo com Assis et al. (2019) sobre a escuta qualificada ao adolescente, é essencial que haja o interesse em conhecer a sua realidade como um todo enxergando-o como um ser holístico e que requer cuidados específicos, através dessa conduta, muitas são as formas de conseguir informações sobre o jovem e a realidade em que ele vive, assim ajudando-o a solucionar problemas.

Entre tantas ferramentas utilizadas pelo profissional de enfermagem o planejamento familiar também é usado para a mudança do cenário quanto a gravidez precoce, por meio da conversa e escuta realizada é possível dirimir muitas dúvidas e fornecer orientações pertinentes ao assunto. Entender como essa adolescente se sente é fundamental, saber seus anseios, planos para o futuro, se deseja ou não ter filhos (e se já estiver gestante dar início ao acompanhamento de pré-natal) (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Durante a gestação sabe-se que a mulher em si já passa por inúmeras mudanças principalmente envolvendo os fatores psicológicos. O pré-natal de qualidade é uma das ferramentas do enfermeiro, e para que este seja feito de forma correta é preciso que o olhar esteja voltado não somente ao processo sistemático e mecanizado, mas é necessário enxergar as vastas necessidades dessa adolescente que já se encontra fragilizada. Sendo assim, há a oportunidade de dirimir dúvidas e fornecer informações que possam auxiliar nesse período (BARBOSA, et al., 2019).

Ainda há a necessidade de reconhecer que existem escassos programas voltados para a saúde do adolescente e isso têm impacto direto na mudança do cenário atual, o que torna a diminuição de casos dificultosa. Sendo os métodos de prevenção muito importantes para a diminuição dos riscos à saúde desse público faz-se necessário reconhecer que pela falta de acesso a informações tão importantes muitos jovens não conhecem ou sequer possuem acesso aos meios de prevenção (FONSECA, 2019).

É importante saber que por meio da educação em saúde realizada pelo enfermeiro e também por outros profissionais os riscos de gravidez na adolescência podem diminuir consideravelmente. Vale ressaltar que a família também é imprescindível para que essa adolescente se sinta devidamente acolhida, e os pais devem ser devidamente orientados quanto aos cuidados oferecidos.

Segundo Barbosa et al. (2009) as atividades desenvolvidas pelo profissional podem acarretar em melhores condições de saúde, embora, é crível que para chegar-se a um melhor resultado, é necessário que essas ações devem ser feitas em conjunto (família, profissional e escola). Essa tríade precisa estar em total consonância para que haja o melhor alcance dos meios de prevenção e também da qualidade das informações ministradas.

De acordo com Assis et al. (2019, p. 1) "A educação tem um papel essencial na construção do futuro da enfermagem sendo primordial na preparação de profissionais". Partindo desse pressuposto é possível concordar que a educação está diretamente ligada aos processos de prevenção sendo necessário que os profissionais estejam sempre se reciclando quanto aos assuntos relacionados ao cuidado com o paciente.

Por meio das ações educativas que o enfermeiro propicia, é possível obter bons resultados quanto à diminuição dos números de casos de gravidez na adolescência, tornando o público-alvo mais atento às informações relevantes em busca de provocar mudanças significativas nas práticas do dia a dia do indivíduo e promover saúde como um todo.

De acordo com Celeste e Cappelli (2020) é possível concordar que a educação sexual além de diminuir as chances de gravidez na adolescência onde a divulgação das informações contribui para a baixa dos índices de aborto na fase da adolescência. Afirmam ainda que a divulgação das informações pode ser repassada por meio das redes sociais como Instagram, facebook, twitter, TV, rádio entre outros meios de comunicação.

A prevenção voltada a saúde do adolescente vai muito além da distribuição dos métodos contraceptivos como por exemplo, preservativos e anticoncepcionais, mas, está diretamente ligada ao aconselhamento e a entrega de informações, essas podem ser repassadas por meios distintos com o objetivo de alcançar o público-alvo. Além da disponibilização dos métodos de contracepção é preciso fazer a análise do modo de vida desses adolescentes, e as condutas precisam estar embasadas em suas reais necessidades levando em consideração o contexto social e cultural (AZEVEDO et al., 2015).

Segundo Assis et al. (2019) em se tratando do período puérpero-gravítico no ciclo da adolescência, há sempre a necessidade da obtenção de informações, e geralmente esse desprovimento de conversas e diálogos entre seus familiares constrói uma barreira que deve ser quebrada onde através das equipes de saúde no atendimento deste público é



possível desfazer essas situações. Sendo assim, é imprescindível que o enfermeiro tenha interesse e que esteja incluído nos programas de saúde voltados para o público adolescente, pois, é por meio desses que ocorre uma melhor articulação no processo de repasse de informações aos jovens em situações vulneráveis.

É preciso reconhecer que a enfermagem sempre soube solucionar grandes problemas mesmo em situações em que há a escassez de recursos. Por possuir capacitação e pleno conhecimento para realizar atividades de prevenção, e sendo a gravidez precoce um dos grandes problemas sociais a serem enfrentados, usufruir de todos os mecanismos para diminuir esses índices, faz-se necessário. Por meio das rodas de conversa, palestras educativas (no âmbito escolar ou não), atividades educativas juntamente com a comunidade, distribuição dos métodos contraceptivos, entre outras soluções, torna-se possível o ganho de bons resultados tanto a curto e também a longo prazo (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

5. CONCLUSÃO

Concorda-se que a assistência de enfermagem é de fundamental relevância na prevenção de inúmeros problemas bem como, a gravidez na adolescência que é considerada uma realidade a ser enfrentada. Os métodos para diminuir essa incidência são feitos por meio das políticas de prevenção onde o enfermeiro desempenha o papel de educador fornecendo meios e estratégias efetivas para que haja esse controle atuando também na saúde sexual e reprodutiva.

Por se tratar de um caso de saúde pública, existem muitos riscos que permeiam uma gestação no período da adolescência confirmando a importância de demonstrar a multiplicidade dos fatores de risco envolvidos. Na maioria dos casos, a gestação no período da adolescência está fortemente ligada a assistência preventiva que os jovens recebem. Por isso, temas como educação sexual e sexo seguro devem ser tratados como importantes e incluídos na formação de todo cidadão.

Acredita-se que esse estudo contribua para melhorar, auxiliar e sensibilizar a assistência de enfermagem, pais, educadores e estudantes sobre a relevância de se discutir problemas tão atuais de a fim de evitar a gestação no ciclo da adolescência. Os meios para realizar com qualidade a assistência aos jovens promoverá um grande diferencial e desfecho positivo no cenário ligado à prevenção como um todo.

Referências

ASSIS, Bruno Antônio; et al. **O papel do enfermeiro como educador: relato de experiência vivida na aula prática de educação em saúde.** São Paulo SP, v.9, n.1, p. 116-132, Disponível em: www.italo.com.br/portal/cepep/revista_eletronica.html. Acesso em: 20 abr. 2022

AZEVEDO, Walter Fernandes et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática de literatura. **Einstein (São Paulo) online.** 2015, v. 13, n. 4, pp. 618-626. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ffgXwmQK9dsV5yz5KMrBwhk/?lang=pt#> Acesso em: 18 abr. 2022

BARBOSA, Flávia Isabela. et al. Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro. Itagurara-MG. **REME**, v. 14.2. 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/106>. Acesso em: 20 abr. 2022.

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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático de atualização. Departamento científico de Adolescência da SBP- **prevenção da gravidez na adolescência**. n. 11, jan. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf Acesso em: 20 abr. 2022

CABRAL, C.S; BRANDÃO, E.R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 8 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029420> Acesso em: 20 abr. 2022

CELESTE, L.E.N., & CAPPELLI, A.P.G. Papel do enfermeiro do PSE na prevenção da gravidez na adolescência. **Pubsaúde**, 4, a094.2020. Disponível em: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/12/094-Papel-do-enfermeiro-do-PSE-na-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

COSTA, G.M.; FIGUEREDO, R.C.; & RIBEIRO, M.S. a importância do enfermeiro junto ao pse nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – To. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n2, Pub.6, abril. 2013. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/62/6.pdf> Acesso em: 19 abr. 2022.

DIAS, A.C.G.; & TEIXEIRA, M.A.P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **PAIDÉIA**, v. 20, São Paulo. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/nFLk3nXXsjWvSBndk6W5Ff/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2022.

DUARTE, E.S; PAMPLONA, T.Q; & RODRIGUES, A.L. a gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. **DêCiência em Foco**. v. 2, n. 1 p.: 45-52. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/ciran/Downloads/145-402-1-PB.pdf> [file:///C:/Users/ciran/Downloads/38-185-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ciran/Downloads/38-185-1-PB%20(1).pdf) Acesso em: 22 mar. 2022.

FONSECA, Jocimara Machado. Assistência de enfermagem às adolescentes grávidas. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 09, Vol. 03, pp. 92-114. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/adolescentes-gravidas>. Acesso em: 26 fev. 2022.

GODOI, A.M.L & BRÊTAS, J.R.S. A prática do sexo seguro no cotidiano de adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 15, n. 2, p. 114-123, dez. 2015. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-15-02-0114/2238-202X-sobep-15-02-0114.x49543.pdf Acesso em: 09 abr. 2022.

GOMES, C.M.; HORTA, N.C. promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14606/7832> Acesso em: 16 abr. 2022.

GONÇALVES, R.C.; FALEIRO, J.H.; & MALAFAIA, G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. **HOLOS**, ano 29, v. 5. São Paulo. 2013. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/784/741> Acesso em: 02 abr. 2022.

HOGA, L.A.K; BORGES, A.L.V; & REBERTE, L.M. **Razões e reflexos da gravidez na adolescência**: narrativas dos membros da família. V. 14, n. 1, p. 151-157, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VKjnh9N4FytvMvsLyRxCRQy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 mar. 2022.

MAIA, L.F.S. o enfermeiro educador: conhecimento técnico na formação profissional docente. São Paulo: **revista RECIEN**. 2012; 2(5):19-25. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/38/40> Acesso em: 21 abr. 2022

MAROLA, Caroline Andreia Garrido; SANCHES, Carolina Silva Munhoz; CARDOSO, Lucila Moraes. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 33, p. 95-118, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752011000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2022.



PASCHOAL, G.R.; MARTA, T.N. O papel da família na formação social de crianças e adolescentes. **Confluências**, Vol. 12, n. 1. Niterói: PPGSD-UFF, out. 2012, p. 219 a 239. ISSN 1678-7145. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/confluencias/article/view/34239/19642> Acesso em: 04 abr. 2022.

PEREIRA, Graziela Raupp e BAHIA, Alexandre Gustavo Franco. Direito fundamental à educação, diversidade e homofobia na escola: desafios à construção de um ambiente de aprendizado livre, plural e democrático. **Educar em Revista** [online]. 2011, n. 39, pp. 51-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/CQBD-VRPkvjNj4rhR4rxR6hz/?lang=pt#> Acesso em: 05 abr. 2022.

SFAIR, C.; BITTAR, M.; & LOPES, R. **Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais**, "Educação sexual para adolescentes e jovens: o que preveem os documentos públicos nos níveis federal e estadual em São Paulo", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e que contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 2, pp. 620-632. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200018> Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, S.S., & RODRIGUES, P.A. **gravidez na adolescência: como esse fator pode influenciar na depressão pós-parto das jovens brasileiras**. UMC, v.5 n. 3, p. 1-4, dez.2020. Disponível em: https://www.umc.br/_img/_diversos/pesquisa/pibic_pvic/XXIII_congresso/artigos/i/SabrinaSucupiradaSilva.pdf Acesso em: 20 abr. 2022.

CAPÍTULO 31

O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

*THE ROLE OF THE OBSTETRIC NURSE IN THE PUERPERAL
PREGNANCY CYCLE*

Audiane Ramos da Silva¹

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues¹

Matheus Lima Moreira²

Mariana Farias da Silva Lima¹

Iasmin Soares da Silva¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

Resumo

Avigente pesquisa apresenta uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro obstetra durante ciclo gravídico puerperal, tem em vista, conhecer o papel do enfermeiro e as dificuldades encontradas durante a assistência. A Pesquisa bibliográfica foi à metodologia utilizada para a construção deste estudo, promovendo discussão sobre: a importância da atuação do enfermeiro durante o trabalho de parto; os principais métodos utilizados pela enfermagem obstétrica na assistência a grávidas e puerperas; e as dificuldades enfrentadas pelo profissional enfermeiro obstetriz durante a assistência. Dessa forma, os resultados da pesquisa mostram que o enfermeiro tem um papel relevante durante a gravidez e puerpério, pois possui conhecimentos científicos essenciais para fornecer a mulher conforto, alívio e confiança durante a gestação, parto e pós-parto. Utiliza de métodos não farmacológicos com comprovação científica no alívio da dor e no auxílio durante a fase de expulsão, acompanha e orienta durante a fase de pós-parto. E que apesar de ser uma categoria muito importante na assistência à mulher, ainda passa por dificuldades relevantes e que influenciam ou podem influenciar na sua assistência e na sua vida profissional.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica, Enfermeiro, Dificuldades, Parto, Gravidez. Puerpério,

Abstract

The current research presents a literature review on the role of the obstetrician nurse during the puerperal pregnancy cycle, with a view to knowing the nurse's role and the difficulties encountered during care. The bibliographic research was the methodology used for the construction of this study, promoting discussion about: the importance of the nurse's role during labor; the main methods used by obstetrical nursing in the care of pregnant and postpartum women; and the difficulties faced by midwives during care. In this way, the research results show that nurses have a relevant role during pregnancy and postpartum, as they have essential scientific knowledge to provide women with comfort, relief and confidence during pregnancy, childbirth and postpartum. It uses non-pharmacological methods with scientific evidence to relieve pain and help during the expulsion phase, monitors and guides during the postpartum phase. And that despite being a very important category in the care of women, it still goes through relevant difficulties that influence or can influence their care and their professional life.

Key-words: Obstetric nursing, Nurse, difficulties, childbirth, Pregnancy puerperium.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a enfermagem obstétrica (EO) vem ganhando espaço pelas suas boas práticas no que diz respeito a pré-natal, partos e pós-partos, pois desde que surgiram as primeiras enfermeiras obstetras vem-se buscando melhorias na assistência as grávidas e puérperas. Nesse contexto o enfermeiro obstetriz tem se destacado e se tornado fundamental na assistência a mulheres no ciclo gravídico, pois o parto além de um momento importante, também necessita de intervenções mais humanas e é baseado nisso que a EO tem buscado intervenções que facilitam o trabalho e não traga prejuízos físicos e mentais para a mulher, onde já se tem métodos que auxiliam nesse processo e respeita seus limites.

Mas ao perceber que na EO ainda existem lacunas de informações sobre sua importância e assistência prestada, que os profissionais que exercem essa função necessitam de mais visibilidade e reconhecimento pelo que diz respeito a tanto trabalho e atenção voltado à saúde das gestantes e mulheres no pós-parto, notou-se a importância de elaborar um projeto de pesquisa com ênfase na distribuição de conhecimentos sobre essa temática. E é de grande relevância, pois traz em seu conteúdo, conhecimentos científicos voltados aos procedimentos e habilidades utilizadas pelo enfermeiro obstetriz, como também a finalidade dessa área da enfermagem, mostrando inclusive seus desafios e dificuldades enfrentadas.

Pois ao mesmo tempo em que a EO avança na melhoria de seus atendimentos, as dificuldades para se manter uma boa assistência permanecem de forma relevante, os profissionais ainda lutam para que a classe tenha mais reconhecimento, e providências sejam tomadas a fim de se ter mais qualidade no atendimento de forma humanizada tanto para o profissional quanto para as pacientes. Desta forma esta pesquisa visa responder a seguinte pergunta: Qual a importância do papel do enfermeiro, e as dificuldades encontradas na atuação da EO?

Temos como objetivo geral: conhecer o papel do enfermeiro e as dificuldades encontradas durante a assistência. Para chegar a esse objetivo geral, temos os objetivos específicos: Discutir a importância da atuação do enfermeiro durante o trabalho de parto; Conhecer os métodos mais utilizados atualmente pela EO na assistência às grávidas e puérperas; Refletir sobre as dificuldades sofridas pelo profissional enfermeiro obstetriz durante a assistência.

O tipo de pesquisa realizada foi uma revisão de literatura com intuito de reunir conhecimentos científicos de acordo com o tema. Onde foi feito um levantamento bibliográfico, em que se realizaram pesquisas em livros, artigos científicos e dissertações, através de buscas nas bases de dados como: Lilacs, Scielo, Periódicos, BVS e livros, com artigos publicados nos últimos dez anos. As palavras-chaves utilizadas na busca serão: Enfermagem Obstétrica, Enfermeiro, Dificuldades, Parto, Gravidez, Puerpério. Os principais autores nesta pesquisa são: Costa *et al.* (2013); Ramos *et al.* (2018); Jacob *et al.* (2021); Hartston (2013); Souza *et al.* (2020); Trigueiro *et al.* (2022); Lima *et al.* (2020); Brasil, M.S (2012)



2. IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO TRABALHO DE PARTO

Por vários anos os partos foram realizados por parteiras, mulheres conhecidas por realizar partos e cuidados pós-partos. Essas mulheres utilizavam de suas experiências para ajudar as gestantes de suas localidades, onde tudo acontecia nas residências das próprias parturientes, e sem nenhum conhecimento científico, somente dos médicos da época que com o tempo passaram a dominar esse tipo de procedimento como forma de estudo e sem nenhum tipo de humanização.

O papel do enfermeiro durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito ainda é algo que muitos desconhecem a fundo, pois esse profissional vai muito além do que somente acompanhar o trabalho e realizar procedimentos de enfermagem, suas habilidades são necessárias e eficazes nesse processo.

Ramos *et al.* (2018) Diz que a assistência prestada pela enfermeira obstétrica ao parto de risco habitual, tem suas particularidades, considerando o respeito, os conhecimentos e a busca por provas científicas que asseguram e valorizam a qualidade do trabalho prestado as mulheres durante o trabalho de parto e ao recém-nascido., e isso fortalece ainda mais a profissão.

Na perspectiva de Lima *et al.* (2020) apesar de o processo de parturição fazer parte da natureza da mulher, nem sempre elas se encontram preparadas ou tem conhecimento de como seu corpo deve reagir, e passam a se sentir inseguras, e com medo do que irá acontecer, e o auxílio profissional permitirá que a mulher tenha melhor desenvoltura, facilitando no trabalho de toda equipe envolvida. E acrescenta que é papel do enfermeiro obstetra juntamente com a equipe de assistência a parturição, proporcionar conforto a parturiente no momento do parto, com cuidados necessários, a fim de reduzir a tensão, e o medo enfrentados pela mulher, transmitir segurança e certeza de sua capacidade.

Os enfermeiros obstetras tem se tornado importantes durante o trabalho de parto porque se fazem essenciais, utilizam técnicas fundamentais para a saúde do binômio mãe-bebê.

As Enfermeiras Obstétricas se fundamentam na fisiologia do trabalho de parto e têm usado várias tecnologias de cuidado, proporcionando conforto, utilizando condutas que além de serem benéficas para as parturientes, são também fundamentais para o desenvolvimento e saúde imediata e futura do recém-nascido. Neste contexto, desenvolvem procedimentos de contato pele a pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical, participação do acompanhante no corte do cordão, respeito a hora dourada que se refere a primeira hora de vida do recém-nascido logo após o nascimento e amamentação neste primeiro momento.(RAMOS *et al.*, 2018, p. 116)

Além disso, a EO está sempre buscando formas e métodos que dão a mulher mais autonomia e confiança no seu próprio corpo, a fim de dá mais liberdade à parturiente no momento do parto.

E mesmo se tendo conhecimentos atualizados sobre o parto e o corpo da mulher,

Jacob et al. (2021) destacam que ainda existe muitas instituições no Brasil que utilizam o modelo tecnocrático na parturição, pois ainda são utilizados métodos que traduz o 'corpo como máquina', e assim aplicam procedimentos que por vezes agridem a função biológica da mulher, com excesso de procedimentos como tricotomia, episiotomia, lavagem intestinal, medicalização e o alto número de cesarianas que traz riscos elevados de mortalidade materna e neonatal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também acredita num cuidado mais humanizado durante o trabalho de parto, e que tudo que a mulher espera e necessita durante este processo, são tão importantes quanto os cuidados clínicos prestados a ela. "Nesse entendimento a OMS recomenda o respeito aos valores da mulher e suas escolhas, apoio emocional e comunicação eficaz como componentes essenciais que devem complementar quaisquer intervenções clínicas" (PILER *et al.*, 2020, p. 3).

No Brasil o ministério da saúde (MS) tem instituído a Rede Cegonha como forma de melhor realizar as recomendações da OMS, oferecendo uma assistência completa e mais humanizada as mulheres grávidas.

Segundo o MS (2013) A rede Cegonha foi instituída em 2011 e tem como alguns dos principais objetivos garantirem o direito ao planejamento, reprodução, parto e pós-parto de todas as mulheres, como também garantir as crianças o nascimento, crescimento e o desenvolvimento saudável.

Isso trouxe ao profissional enfermeiro um incentivo a mais no que diz respeito à assistência, pois o que é tratado como procedimento médico como o parto, na rede cegonha a enfermagem ganhou mais autonomia e liberdade para se prestar um trabalho mais humanizado, com a utilização das boas práticas, e uma assistência menos medicamentosa aliada à redução de cesarianas. Jacob *et al.* (2022, p. 2) Diz que "EO tem executado um importante papel no cuidado das mulheres, ganhando destaque e protagonismo especialmente na atuação no Centro de parto normal a partir da implementação da rede cegonha."

Com isso se vê que o profissional enfermeiro obstetra se torna cada vez mais essencial, porque sua assistência é benéfica e de extrema precisão em qualquer situação que envolva o trabalho de parto, sendo ele normal ou não. Sua participação é regida pela capacidade de identificar quaisquer dificuldades ou problema que eventualmente possa surgir durante o processo, ou até mesmo prever significativos problemas durante sua assistência à mulher grávida, e isso também mostra de forma relevante sua importância durante pré-natal.

Por meio da atuação baseada em conhecimentos técnicos e científicos, a enfermagem obstétrica apresenta papel importante no pré-natal por sua capacitação para se realizar assistência humanizada, integral, resolutiva e de qualidade à gestante durante todo esse período, além de desempenhar importante papel no processo de educação em saúde. Sua atuação como membro da equipe de saúde na assistência à gestante no pré-natal tem respaldo legal; uma de suas atribuições é a consulta de enfermagem como atividade privativa. (TRIGUEIRO *et al.*, 2022, p. 2)

Arelado a isso, a consulta de enfermagem durante o pré-natal, também fornece a mulher informações significativas sobre seu corpo, seu protagonismo diante do processo



de parturição, além de transmitir segurança e o seu empoderamento durante o ciclo gravídico.

Sabe-se que o profissional enfermeiro obstetriz tem competência e conhecimentos científicos necessários para a realização e acompanhamento do parto e trabalho de parto, pois sua atenção está voltada a saúde e bem estar da mãe e recém-nascido. Sem deixar de buscar ainda mais conhecimentos que atribuam e contribuam para uma melhor assistência durante todo período gravídico até o parto.

3. MÉTODOS MAIS UTILIZADOS PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO CUIDADO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS

A enfermagem é uma ciência que vive em constante aprendizagem, busca conhecimentos técnicos e científicos que tragam benefícios às pessoas assistidas e acompanhadas por essa categoria. Diante disto a EO vem utilizando técnicas que melhor se aplicam a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a fim de aliviar a dor e facilitar o trabalho de parto, no que se refere ao parto normal, também acompanhar e orientar durante a fase puerperal.

Os partos assistidos pelo enfermeiro obstetriz tende a ser menos medicamentoso, ou seja, costuma serem utilizados métodos não farmacológicos a fim de aliviar a dor durante o trabalho de parto normal. "O trabalho de parto e o próprio ato de parir perdeu seu significado com os avanços tecnológicos na medicina." Camacho *et al.* (2019, p. 3196). Conforme a medicina foi evoluindo os partos começaram a se tornar um processo mais mecânico e hospitalocêntricos, com intervenções medicamentosas para o alívio da dor e para facilitar o processo de expulsão, como se o trabalho de parto e parto não fizesse parte da natureza da mulher.

Camacho *et al.* (2019) Também fala, que com o conhecimento técnico científico dos profissionais da enfermagem, e os procedimentos para o alívio da dor durante o trabalho de parto começaram a serem bem vistos na saúde, e acabou tornando muito mais prático o processo, onde se notou que os enfermeiros conseguem utilizar os métodos e tornar o momento do parto mais tranquilo e regalo.

Na percepção de Silva *et al.* (2020) o comportamento dos enfermeiros obstetras na atuação individual e coletiva, atrelada as suas habilidades e comunicação entre os profissionais, faz com que aja uma intervenção na constituição de melhores procedimentos nas maternidades. E que uma instituição que instiga um modelo de atenção diferente e humanizado, tem grande colaboração nas boas práticas na assistência ao parto normal.

Sobre os métodos mais utilizados pelos enfermeiros obstetras na assistência as grávidas, Osório, Silva e Nicolau (2014) acreditam que é de suma importância a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, pois evitam mais intervenções e são bem mais seguros, além de manter o verdadeiro sentido fisiológico do parto, sem interferir na ligação mãe e bebê.

Também nesse contexto Camacho *et al.* (2019) fala que esses métodos têm se destacado na assistência obstétrica, e que os estudos que tem sido realizados comprovam sua eficiência, acrescenta ainda que é de grande relevância a realização de novos estudos para que se possa continuar avançando nas melhorias oferecidas às parturientes.

Dessa forma os métodos não farmacológicos tornaram-se grandes aliados dos enfermeiros, pois sua aplicação traz mais confiança e tranquilidade para as parturientes.

A assistência a essas mulheres durante o trabalho de parto, na maioria das vezes, envolve suporte emocional, contato físico com a finalidade de dividir o medo, dor, stress e ansiedade, somando forças e estimulando positivamente a parturiente nesse momento ímpar, pois a dor de parto e a duração do trabalho de parto sofrem influências pessoais. Para tanto, o processo de humanização do trabalho de parto requer, além do acompanhamento pelo parceiro, familiares ou amigas, as intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto. (OSÓRIO *et al.* 2014, p. 175)

Dentre os métodos não farmacológicos mais utilizados pelos enfermeiros na assistência as grávidas para o alívio da dor e que facilitam o trabalho de parto estão: os exercícios respiratórios, banho de imersão, massagem lombossacral, uso da bola suíça, deambulação, movimentos pélvicos, musicoterapia e aromaterapia (CAMACHO *et al.*, 2019).

Dias *et al.* (2018) em suas pesquisas percebeu que a mudança de posição como ficar de cócoras, sentada ou fazer agachamento também é um método muito utilizado e que as pacientes que fizeram uso desse método sentiram alívio e aprovaram a prática. Dessa forma fica claro que as práticas não farmacológicas são simples e é sempre uma boa escolha pra quem não quer passar por intervenções complexas e com risco de complicações desnecessárias.

Ainda sobre os métodos, Mascarenhas *et al.* (2019) acrescenta que a hidroterapia (banho, parto na água), terapias térmicas, além da acupuntura e acupressão também ganharam espaço entres os métodos mais utilizados ultimamente. E que a hidroterapia é muito utilizada em partos no domicílio, e as terapias térmicas apesar de serem muito úteis, seus resultados são mais eficazes quando associado a outros métodos como uso da bola suíça.

Assim fica evidente a importância de procedimentos não medicamentosos durante o trabalho de parto e parto, pois além de transmitir conforto, facilitam todo o trabalho, e a enfermagem cumpre seu papel exercendo a humanização quando se coloca no lugar do outro, buscando aliviar a dor, e sendo essencial durante todo processo. Sobre esses métodos “destaca-se que essas práticas têm comprovação científica e promovem além do alívio da dor, a diminuição do estresse e da ansiedade materna.” (MAFETONI; SHIMO, 2014, p. 07)

No caso da assistência as puerperas, não se têm métodos específicos para se apontar no cuidado da enfermagem, pois o melhor a se fazer no acompanhamento da mulher no pós-parto são as informações e orientações. Dessa forma os cuidados devem ser assistidos e acompanhados pelo enfermeiro, o que vai se chamar puericultura, que são as consultas realizadas no binômio mãe- e bebê, a fim de se ter e fazer o acompanhamento



adequado nessa fase.

O pós-parto ou puerpério é o período de 6 semanas após o parto onde a mulher passa pelo processo de retorno do útero ao seu tamanho normal, e todo organismo ao estado pré-gravídico. Durante esse processo a parturiente e o recém-nascido (RN) necessitam de acompanhamento e atenção, onde se deve orientar a mãe e sua família quanto sua recuperação e cuidados com o RN, e em casos de internação de curta duração isso deve acontecer de forma intensiva e prioritária. “O percurso clínico inclui as avaliações de enfermagem, o ensino, as intervenções médicas e de enfermagem, a alta e os cuidados de acompanhamento para o pós-parto da mulher” (HARTSTON, 2013, p. 223).

Oliveira, Quirino e Rodrigues (2012) destacam que o puerpério é uma fase onde a mulher encontra muita dificuldade, pois precisa se adaptar a nova rotina e precisa lidar com as mudanças sofrida, no corpo e sua mente. E isso pode influenciar não somente o seu psicológico, mas também na relação com seu bebê e sua família. É um momento onde fica muito vulnerável, e os primeiros dias são os que trazem mais dificuldades, pois elas geralmente precisam de ajuda com o bebê, a casa, e até para o seu auto-cuidado.

Isso tudo pode proporcionar a mulher, depressão, ansiedade, apreensão, medo, tristeza, solidão, e uma infinidade de sentimentos. Por isso a enfermagem também é essencial no pós-parto, e o método utilizado é o acompanhamento bem feito, com auxílio psicológico, atrelado às boas condutas realizadas ao bebê e ao bem-estar de toda família. (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Sendo assim entende-se que a enfermagem é uma categoria que busca ter como principal forma de atuação a humanização, e no que diz respeito às grávidas e puerperas essa assistência torna-se ainda mais criteriosa e respeitosa. Suas práticas estão sempre voltadas às recomendações estabelecidas pela OMS, buscando respeitar os direitos da mulher, e valorizar suas culturas e princípios. Permitindo que seja realizada sua autonomia sem perder a ética e a moralidade.

4. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO OBSTETRA DURANTE A ASSISTÊNCIA

Durante a assistência de qualquer indivíduo, é primordial que se tenha altruísmo, respeito, tolerância e paciência com o outro ser, além de fornecer alívio conforto, sossego e confiança, que é um dos objetivos da enfermagem. Contudo faz-se necessário que todo o resto esteja favorável, para que a assistência seja prestada da melhor forma, e seja adequada para cada caso preciso. Na assistência prestada pelo enfermeiro voltada a mulher grávida e no pós-parto, as dificuldades se apresentam de forma relevante, podendo interferir na qualidade do atendimento. É sabido que o enfermeiro é totalmente responsável pelas suas habilidades técnicas - científicas, pois suas ações profissionais podem colaborar muito com o desfecho de uma gravidez, e/ou parto. É possível observar que essas dificuldades são bem comuns, e afetam ou podem interferir num atendimento de qualidade. Entre outras dificuldades que se pode destacar está a baixa adesão ao pré-natal por parte das usuárias, em que isso pode acarretar em sérios problemas durante a gravidez, parto e pós-parto.

Os profissionais enfermeiros podem enfrentar dificuldades para a realização do acompanhamento de pré-natal, e essas são obstáculos que interferem negativamente na qualidade da assistência. Tais dificuldades impactam na assistência integral às gestantes, acarretando complicações que podem ser evidenciadas na insatisfação da atuação e na autonomia de cada um deles e, principalmente, em complicações que afetam diretamente a mulher na gestação, no parto ou no puerpério.⁹ (ROCHA *et al.*, 2021, p. 967)

Outra dificuldade também pode ser destacada durante assistência prestada pelos enfermeiros obstetras, tal como a sobrecarga de trabalho. A enfermagem procura cada vez mais está à frente de seus usuários como uma categoria que preza pelo cuidado humanizado, porém se todos os adjetivos que contribuem para isso não estiverem em concordância, todo o processo pode não obter êxito no que tange à saúde da mulher gestante.

Nery, Santos e Sampaio (2013) falam exatamente sobre isso, mas em relação à sistematização de enfermagem, onde destacam que muitos enfermeiros não realizam de forma correta os processos de enfermagem porque estão muito cansados pela sobrecarga de trabalho. E isso é uma dificuldade que também gera consequências nos cuidados prestados, principalmente na assistência holística do paciente e nas implementações necessárias.

De acordo com as pesquisas de Farias, Magalhães e Zerbetto (2012) Instalações físicas impróprias, falta de infraestrutura e a falta de insumos necessários para assistência tem dificultado o bom resultado nos atendimentos prestados. Diante disso Vieira *et al* (2020) afirma que a infraestrutura é um elemento fundamental dentro do ambiente hospitalar, pois um local com uma boa estrutura, espaço, equipamentos e materiais necessários, além de boa iluminação, som, temperatura e odor agradável, eleva a uma sensação de conforto e bem-estar. Ao contrário disso a sensação é de impotência e desvalorização por parte dos profissionais, e de abandono e falta de respeito pelos usuários, e uma insatisfação generalizada.

Rocha *et al.* (2021) Acredita que além da sobrecarga de trabalho, entre outros problemas existentes, a desmotivação pessoal, e a falta de conhecimento do profissional, também, são grandes dificuldades encontradas pelo enfermeiro. E esse desgosto do profissional pode acarretar em problemas físicos, sociais e até mentais, desconforto no atendimento, e dificuldade na tomada de decisão, trazendo insegurança e insatisfação ao paciente.

Magalhães e Taffner (2020) chamam atenção para o mercado de trabalho escasso para a especialidade enfermagem obstétrica, com pouquíssimos concursos voltados para a área. Como também a existência de instituições que priorizam a assistência médica, em seus atendimentos, contratando poucos profissionais de enfermagem especialistas em obstetrícia, e isso demonstra uma espécie de discriminação “velada” por parte das instituições.

E Infelizmente ainda há conflitos e indiferenças entre os profissionais médicos e enfermeiros da área da obstetrícia, e essa dificuldade se perduram há tempos, pois alguns enfermeiros encontram resistência para sua atuação, por não serem bem recebidos e/ou bem aceitos principalmente pelos profissionais médicos, em que muitos ainda desconhecem o real papel da EO, e passam a ignorar ou se sobrepor ao outro profissional, esque-

cendo que cada um tem um papel fundamental e específico na assistência a mulher no período gravídico.

Gregório *et al.* (2015) fala que o convívio entre enfermagem e a medicina pode algumas vezes ser complicada, e gerar conflitos por prestarem uma assistência parecida durante o parto e trabalho de parto de risco habitual, provocando um choque quanto a competência de cada um durante a assistência. Isso mostra que a enfermagem ainda sofre com uma disputa desnecessária com relação a sua atuação.

Com todas as dificuldades apresentadas pelos autores fica claro que a enfermagem é uma categoria que de todas as formas busca seu crescimento e valorização, e não é de hoje que essas dificuldades se consolidam. Entretanto a competência, o amor e o respeito pelo corpo humano, e a vontade de fazer a diferença tem mantido de forma forte à profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trouxe como tema o papel do enfermeiro obstetra durante a gravidez e o puerpério. O tema escolhido se justifica por distribuir conhecimentos sobre essa área

da enfermagem, em que expõe as habilidades e as dificuldades enfrentadas pelo EO. Traz ainda em seu conteúdo a importância dessa categoria em meio à saúde, buscando esclarecer sua real finalidade na assistência à mulher antes, durante e pós-gestação.

Diante disso, a presente pesquisa buscou resposta para a seguinte pergunta norteadora: Qual a importância do papel do enfermeiro, e as dificuldades encontradas na atuação da EO? Contou como objetivo conhecer o papel do enfermeiro e as dificuldades encontradas durante a assistência. Com esse intuito três capítulos expuseram um pouco sobre a importância da atuação do enfermeiro durante o trabalho de parto, os métodos mais utilizados atualmente pela EO na assistência às grávidas e puérperas e as dificuldades sofridas pelo profissional enfermeiro obstetra durante a assistência.

Sobre a importância do enfermeiro durante o trabalho de parto, esses profissionais trazem em sua assistência um cuidado mais humanizado e com grande respeito à autonomia da mulher, visa sempre proporcionar alívio, conforto e tranquilidade a esse momento importante na gestação, além de orientar e apoiar a mulher e a sua família. Utilizam técnicas avançadas no cuidado ao binômio mãe-bebê, com base na fisiologia do trabalho de parto, pois possuem conhecimentos científicos importantes e essenciais para essa fase.

Com relação aos métodos utilizados no ciclo gravídico puerperal, a discussão coloca como os mais utilizados: banho de imersão, exercícios respiratórios, massagem lombossacral, uso da bola suíça, movimentos pélvicos, deambulação, musicoterapia, aromaterapia, mudança de posição como ficar de cócoras, realização do parto na água, terapias térmicas, acupuntura e acupressão. Em que alguns são mais utilizados em partos domiciliares e outros em unidade de saúde, além disso também é lembrado que a técnica mais utilizada no pós parto ainda é o acompanhamento e a orientação.

No tocante as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro obstetra durante a assistência, faz-se necessário destacar a falta de infraestrutura, a baixa adesão ao pré-natal, sobrecarga de trabalho, a falta de conhecimento da área por parte dos próprios profissionais, pois é o que mais tem tornado difícil à assistência, além da desmotivação pessoal associado à falta de reconhecimento profissional, a escassez do mercado de trabalho, e ainda a resistência médica, que há muito tempo se arrasta uma “disputa” desnecessária entre essas duas categorias que divide a mesma especialidade, porém cada uma no seu nível de conhecimento.

Através do estudo realizado é possível compreender o papel do enfermeiro obstetrix de forma clara, as demonstrações na área da EO permitem o entendimento não só das finalidades do enfermeiro como também dos seus desafios e objeções. Segundo as teorias levantadas na fundamentação teórica desta pesquisa, é possível afirmar que o objetivo geral e os específicos foram alcançados neste estudo científico.

E apesar de ter ficado evidente o papel do enfermeiro obstetra durante a gravidez e puerperio mediante este estudo bibliográfico, é possível acometer novos estudos que contemplem sua capacidade. Deste modo, como propostas para as próximas pesquisas, recomenda-se que sejam realizados estudos mais explanados que possam ser realizados como: papel do enfermeiro obstetra mediante a gravidez de risco; importância da enfermagem obstétrica a grávidas em estado crítico na unidade intensiva; distinção do papel do enfermeiro e do médico na especialidade obstétrica.

Referências

- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. Rede Cegonha.** Brasília 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>. Acesso em: 15 de mar 2022.
- CAMACHO, E. N. P. R. et al. **Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto.** São Paulo 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026064>. Acesso em: 18 de abr 2022.
- DIAS, E. G. et al. **Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal.** Minas Gerais 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/1398/442>. Acesso em: 18 de abr 2022.
- FARIA, A. C; MAGALHÃES, L; ZERBETTO, S. R. **Implementação do alojamento conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem.** São Paulo, 2012, v.12, n.4 a11.htm.
- GREGÓRIO, V. R. P. et al. **Conhecendo a constituição da relação saber-poder das enfermeiras em um centro obstétrico.** Santa Catarina 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/Obstetricia_HERE_2015.pdf. Acesso em 20 de abr 2022.
- HARTSTON, Glória. **Enfermagem Obstétrica:** Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2013.
- JACOB, T. N. O. et al. **A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal.** Belém 2021. Disponível <https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQ-fBWXS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de mar 2022.
- LIMA, M. M; RIBEIRO, L.N; COSTA, R; MONGUILHOT, J. J.C; GOMES, I. E. M. **Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres.** Rio de Janeiro 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1129836>. Acesso em: 16 de mar 2022.
- MAFETONI, R. R; SHIMO, A. K. K. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de**

parto: Revisão integrativa. São Paulo 2014. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/Obstetria_HERE_2015.pdf. Acesso em: 16 de abr 2022.

MAGALHÃES, T. T. S; TAFFNER, V. B. M. **Dificuldades para a atuação autônoma do enfermeiro obstetra no Brasil**, São Paulo, v.15, n. 4, 2020, p. 685-697.

MASCARENHAS, V. H. A. et al. **Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto**. Teresina 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ape/v32n3/1982-0194-ape-32-03-0350.pdf>. Acesso em 14 de abr 2022.

NERY, I. S.; SANTOS, A.G; SAMPAIO, M. R. F. B. **Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades**. Piauí 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/494/184>. Acesso em: 20 de abr 2020

OSÓRIO, S. M. B; SILVA, L. G; NICOLAU, A. I. O. **Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto**, Fortaleza, v.15, n. 1, 2014, pp. 174-184.

OLIVEIRA, J. F. B; QUIRINO, G. S; RODRIGUES, D. P. **Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério**, Fortaleza, v.13, n.1, 2012, pp. 74-84.

PILER, A. A. et al. **Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem**. Curitiba 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150228>. Acesso em: 13 de mar 2022.

RAMOS, W. M. A. et al. **Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento**. Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908425>. Acesso em: 11 de mar 2022.

ROCHA, S. N. et al. **Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para a realização das consultas de pré-natal**. Rio de Janeiro 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1248192>. Acesso em: 18 abr 2022.

SILVA, G. F. et al. **Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas**. Rio de Janeiro 2020. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/49421/35741>. Acesso em: 16 de abr 2022.

SOUZA, N. R; LACERDA, G. S. C; SILVA, M. A; CARNEIRO, A. L. M; ALMEIDA, C. S; CECILIO, S. G; SOUZA, D. A. S. **Desafios enfrentados por enfermeiros obstetras para a promoção do parto domiciliar na contemporaneidade**. Minas Gerais. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1145327>. Acesso em 15 de mar 2022.

TRIGUEIRO, T. H. et al. **Experiência de gestantes na consulta de enfermagem com a construção do plano de parto**. Curitiba 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HKb5Hr936KVxBTVj4rQ-7FKh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 de mar 2022.

VELHO, M. B; OLIVEIRA, M. E; SANTOS, E. K. A. **Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente**. Florianópolis 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RzQR7PgjP4Jxd-Z98RLs8Pfc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 20 de abr 2022.

VIEIRA, M. L. C. et al. **Estratégias das enfermeiras obstétricas frente às condições de trabalho em maternidades**. Rio de Janeiro 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NQwFWp9M6sjvph-VpQHqj8Zm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de abr 2022.

CAPÍTULO 32

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

NURSING ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN USING LICIT AND ILLICIT DRUGS: A LITERATURE REVIEW

João Ancelmo Feitosa Vasconcelos¹

Camila Kons²

Vanessa Nunes Vasconcelos³

Evelyn Moreira Silva⁴

Kesya Gislaynne Cardoso Sousa⁴

Michele Costa Gusmão⁴

1 Graduando de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Enfermeira Obstetra e Neonatologista, Mestre em Terapia Intensiva, Preceptora da Faculdade Pitágoras, São Luís- Maranhão

3 Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Maranhão, Especialista em Obstetrícia e Neonatologista, São Luís - Maranhão

4 Graduanda de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

Resumo

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS,1993) drogas são “toda substância, natural ou sintética, capaz de produzir em doses variáveis os fenômenos de dependência, exceto as necessárias para manutenção da saúde”. Pode-se classificá-las como lícitas e ilícitas. O uso dessas substâncias é a realidade de muitas gestantes e ter um profissional de saúde acompanhando é fundamental. O Enfermeiro é responsável pelo pré-natal de gestante usuárias de drogas lícitas e ilícitas, prestando uma assistência que contribua para a educação em saúde. Objetivo: discutir a atuação do enfermeiro frente à gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas. Metodologia: Estudo tipo Revisão de Literatura, utilizando artigos e demais produções científicas a partir da busca de bases de dados. Considerações Finais: Identificou-se portanto que o acolhimento é deficiente, seja pela falta de adesão das mulheres, estrutura social ou acolhimento dos profissionais. Em todos os níveis de assistência há a inserção do enfermeiro, sendo este responsável pela promoção da educação em saúde, contribuindo dessa maneira para redução da mortalidade neste público.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Drogas lícitas e ilícitas, Gestantes.

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization (WHO, 1993) drugs are “any substance, natural or synthetic, capable of producing the phenomena of dependence in variable doses”. They can be classified as licit and illicit. The use of licit and illicit drugs is the reality of many pregnant women and having a professional accompanying the pregnancy is essential. The Nurse, as a professional responsible for the prenatal care of pregnant women who use licit and illicit drugs, must provide assistance that contributes to health education. Objective: to discuss the role of nurses in pregnant women who use licit and illicit drugs. Methodology: Study type Literature Review using articles and other scientific productions from the search of databases. Final Considerations: It was therefore identified that the reception is deficient due to the lack of adherence of the women, structure and knowledge of the professionals. The nurse is essential in care, in addition to being included in all levels of care provided, he is responsible for health education in order to try to reduce mortality in this public.

Key-words: Nursing care, Legal and illegal drugs, Pregnant women.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de mudanças para a mulher, físicas, emocionais e sociais. Além disso durante a gestação muitas mulheres buscam o serviço de pré-natal e acabam por se envolver melhor com a sua saúde. Porém, existe um grupo que infelizmente está aumentando no contexto mundial, o das gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas que precisam de tratamento especializado e que não possuem uma boa adesão ao pré-natal. Desta forma, o pré-natal torna-se uma ferramenta de suma importância para a promoção em saúde dessas gestantes.

O uso de drogas lícitas e ilícitas é a realidade de muitas gestantes e ter um profissional acompanhando a gestação é fundamental. O Enfermeiro está inserido como profissional que realiza o acompanhamento pré-natal de gestante usuárias de drogas lícitas e ilícitas, devendo prestar uma assistência que contribua para a educação em saúde, entretanto muitos desafios são encontrados e podem comprometer a qualidade da assistência prestada, por isso este trabalho faz-se relevante para identificar a assistência ofertada a estas usuárias.

Vários fatores são fundamentais para a identificação da assistência prestadas a essas usuárias, como: fatores de risco do uso de substâncias nocivas, contexto social das gestantes, dessa forma realizar intervenções em saúde é de extrema relevância, porém só será possível se a gestante for bem acolhida e se sentir à vontade para relatar o consumo de drogas, assim o enfermeiro deve estar capacitado para realizar uma assistência efetiva, por isto este estudo visa discutir a atuação do enfermeiro frente a estas usuárias e responder o questionamento: quais as contribuições do enfermeiro na assistência às gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas?

Tendo em vista toda a problemática relacionada ao tema o objetivo geral deste trabalho é discutir a atuação do enfermeiro frente à gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas, visto que é dos profissionais mais relevantes da assistência prestada a estas usuárias devido a estarem em maior contato com os clientes e também por iniciarem o acompanhamento de pré-natal. Além disso, os objetivos específicos visam compreender a importância do acolhimento adequado das gestantes pelo enfermeiro na Atenção Básica, descrever as dificuldades enfrentadas pelo Enfermeiro nas consultas de pré-natal às gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas e também apresentar a importância do enfermeiro na promoção de saúde a essas usuárias gestantes de drogas lícitas e ilícitas.

Foi realizado uma pesquisa tipo Revisão de Literatura, onde foram pesquisados artigos, dissertações, livros de ginecologia e obstetrícia, saúde mental e demais produções científicas a partir da busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Portal Revistas de Enfermagem e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). O período dos artigos pesquisados utilizados no trabalho foram os publicados nos últimos 10 anos. As palavras-chaves utilizadas na busca serão: gestante, drogas lícitas e ilícitas e assistência de enfermagem.

2. COMPREENDER A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO ADEQUADO DAS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS PELO ENFERMEIRO

Toda gestante tem direito a uma assistência de pré-natal especializada e adequada sendo o acolhimento uma das ferramentas implementadas para que o binômio mãe-filho tenham seus direitos garantidos. O pré-natal tem o intuito de identificar precocemente aquelas gestantes com maior probabilidade de evolução desfavorável e realizar o acolhimento para o fortalecimento do vínculo e da confiança entre Enfermeiro e paciente (FERREIRA; MIRANDA 2016).

O modelo de acolhimento recebe bastante destaque no SUS e conseqüentemente na Atenção Básica, isto ocorreu principalmente logo após a uma série de medidas e projetos serem instituídos como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Um dos principais objetivos dessa política é garantir a melhoria da saúde feminina em todos os ciclos de sua vida inclusive o gravídico-puerperal, além disso visa promover e fortalecer a atenção obstétrica e neonatal através da adesão do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Costa, 2012).

O acolhimento visa superar um modelo bastante vigente em nosso país pautado apenas no modelo biomédico que coloca a doença como o centro e não a pessoa, além da verticalização das ações dos profissionais e usuários de saúde. Muitos são os desafios quando se quer acolher um paciente e principalmente quando se trata de uma gestante e fica cada vez mais evidente que os resultados que serão alcançados envolve todo o cuidado do pré-natal. Este cuidado de pré-natal é realizado pelo enfermeiro que em seu cotidiano deve adotar práticas que condizem com o cenário da atenção. (BOSI; GASTALDO, 2011).

Na prática do Enfermeiro na Atenção Básica de Saúde o acesso das gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas tem como um dos alicerces o acolhimento, sendo importante que essa mulher se sinta à vontade para relatar suas vivências do cotidiano, que podem interferir em sua saúde e na de seu filho. Por isso, as relações intersubjetivas estabelecidas entre o Enfermeiro e a gestante faz toda a diferença e são pequenas estratégias como ser cordial, chamar a gestante pelo nome, informar sobre procedimentos e condutas de uma forma que elas entendam, garantir privacidade, entender as suas falas e narrativas, entre outras estratégias humanizadas e acolhedoras (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2011).

Um fator complicador deste acolhimento é a não adesão dessas clientes ao pré-natal e também do corte do vínculo que acontece ao serem encaminhadas a um pré-natal de alto risco, pois mesmo com diversos programas ofertados pela Atenção Básica, como grupos de saúde, elas acabam por não frequentar mais a unidade, sendo então este enfermeiro um articulador entre as Redes de Atenção à Saúde, pois acaba por compartilhar os cuidados com outros serviços especializados. Além disso, sem tal vínculo pouca coisa será possível, pois a Atenção Primária em Saúde é a representante do território, a perda do acompanhamento nesse processo é não garantir ações singulares como educação em saúde mais individualidade (ROCHA, 2019).

Em estudo realizado Peters et al., (2020) em Juiz de Fora com 9 enfermeiros da Atenção Básica, evidenciou que mesmo após o encaminhamento dessas usuárias ao pré-natal de alto risco deve-se ainda continuar o acolhimento não só a gestante mais para a família,

pois a Atenção Básica deve coordenar o cuidado, além de ser mantida informada sobre quais as medidas adotadas, tratamento e evolução da gravidez, porém existem uma série de desafios principalmente por conta da perda de contato com as gestantes que acabam por não procurar mais o serviço ao serem encaminhadas ao atendimento especializado.

O estudo de Kassada et al. (2014) atribui a falta de adesão das mulheres dependentes a assistência ofertada a um maior número de complicações e riscos obstétricos. Outro estudo realizado com 50 gestantes usuárias de drogas atendidas em Unidade Básica de Saúde na cidade de Maceió/Alagoas nos mostra dados preocupantes em relação ao acolhimento realizado pelos enfermeiros, pois 71% das gestantes relataram atendimento precário, pois o enfermeiro em muitos casos são omissos com orientações e ajuda para com a gestante e família (LIMA et al., 2015).

Em pesquisa de Kassada et al. (2014), realizada em 25 Unidades Básicas de Saúde com amostras de 394 gestantes em que 72 eram usuárias de alguma droga lícita ou ilícita, constatou-se que as usuárias sentem-se constrangidas em revelar alguma dependência aos profissionais de saúde, o que faz com que o acesso às informações relevantes em relação a complicações obstétricas e cognitivas a longo prazo não sejam ensinadas para elas. O medo do julgamento foi o principal motivo elencado. Este dado só demonstra a importância de um bom acolhimento logo na primeira consulta, para integrar essas usuárias nas consultas de pré-natal.

Para o enfrentamento do problema é necessário ser considerado a singularidade de cada família, é fundamental o acolhimento e a sensibilização visando atender as necessidades destas usuárias, pois segundo Wronski et al., (2016) a necessidade do uso do crack por parte das gestantes, as levou a comportamentos que implicam em grande vulnerabilidade a doenças e violência.

É importante lembrar que essas mulheres dependentes de substâncias psicoativas possuem seu comportamento alterado pela droga e em razão disso são mais irritadas, agitadas e deprimidas, impedindo que exista um ambiente saudável para a futura criança, por isso, a rede de assistência e acolhimento são fundamentais tanto no papel social como na questão da saúde (WRONSKI et al., 2016).

O período gestacional pode ser um facilitador de sensibilização ao tratamento, se existir preparo por parte da equipe prestadora do cuidado, é na fase gestacional que a mulher consegue realizar a abstinência, que pode ser até completa e duradoura das drogas, pois é desejo da maioria das mães o cuidado com os filhos (RENNER; GOTTFRIED; WELTER, 2015).

Porém essa sensibilização realizada através do acolhimento não deve ser pautada apenas em tratar bem e com dignidade, mas deve estar vinculada a um atendimento que leve informação a estas mulheres. No estudo de Lima et al. (2015), 86% das entrevistadas afirmaram que no momento da consulta de pré-natal, o enfermeiro limitou-se a perguntar se elas utilizavam alguma substância, após a resposta afirmativa apenas informam quais eram os riscos, mas não as encaminhavam para um atendimento especializado.

Acolher vai muito além de ser cordial com as usuárias, mas passa pelo entendimento de realizar principalmente uma escuta atenta às pacientes, transmitindo sempre apoio e

confiança através das informações repassadas pautas sempre no conhecimento científico, além de se ter certeza que a informação está sendo absorvida e entendida pela gestante (PETERS, 2020). Durante a realização do estudo de Wronski et al., (2014) com usuárias de crack com idades entre 18 e 30 anos, ficou evidente que o uso da substância levam as gestantes a estarem mais vulneráveis e por isso, é importante que essa gestante se sinta compreendida, amada e acolhida não só pela família mas também pela equipe que assiste a sua gestação. Esta equipe deve estar consciente das implicações biológicas, sociais e psicológicas, assim como também das ramificações étnicas e legais

Também é necessário que o profissional tenha um conhecimento prévio e aprofundado dos perigos das drogas psicoativas para realizar um atendimento que acolha e informe a cliente. O Ministério da Saúde traz uma série de recomendações de como realizar esse atendimento e todos eles passam pelo princípio do acolhimento (BRASIL, 2021). Concluindo assim, que esta ferramenta é uma das principais para se prestar assistência adequadas a estas usuárias.

3. DESCREVER AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL ÀS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

As gestantes usuárias de substâncias psicoativas precisam de assistência especializada, integral e humanizada por parte de toda equipe envolvida na reabilitação dessas mulheres, assim o enfermeiro sendo um profissional especializado em prestar cuidados está diretamente relacionado a esta assistência, porém enfrenta vários desafios no Sistema Único de Saúde (LIMA et al., 2015).

O Ministério da Saúde incluiu no Manual de Gestação de Alto Risco as gestantes usuárias de drogas, porém se limitou a trazer informações como a desnutrição, susceptibilidade a infecções, efeitos da droga sobre o feto e outras, mas não deixou instruções para que os profissionais possam se guiar em sua assistência (PETERS et al., 2020).

O enfermeiro em sua atuação realiza o acompanhamento destas gestantes desde a AB até o encaminhamento para a atenção especializada, garantindo um acompanhamento que visa a promoção da saúde mental e física, mas deficiências nas assistências, como falta de acolhimento e aproximação para com a gestantes impossibilitam uma boa atuação (MONTE et al., 2017).

Uma pesquisa qualitativa realizada em Juiz de Fora com enfermeiros da Atenção Básica, identificou que um dos maiores desafios dos profissionais é a adesão das gestantes e ainda foi observado que realizavam de ações educativas são sempre feitas individualmente, pois as gestantes não aderem a grupos, além do que muitas sentiam dificuldade em se assumir dependentes químicas (PERTS, 2020).

Ainda nesta mesma pesquisa foi relatado que ao encaminhá-las ao alto risco e aos CAPS, a gestante perdia o vínculo com AB, porém tal modelo dificulta o tratamento destas mulheres, visto que a Equipe de Estratégia Saúde da Família deve manter o vínculo, pois aquela mulher ainda é uma cliente adstrita de seu território e o enfermeiro deve con-

tinuar estimulando a adesão do tratamento, além de ficar ciente de toda a evolução da gravidez, por meio da busca ativa e visita domiciliar (RIBEIRO et al., 2018).

Uma das estratégias que devem ser utilizadas pelos enfermeiros é o rastreamento durante a consulta de pré-natal através da anamnese inicial, para se identificar as usuárias de substâncias psicoativas ou as gestantes propensas a desenvolver tais comportamentos, visto que, fatores de risco como: baixa autoestima, problemas financeiros, ansiedade e problemas nos relacionamentos afetivos, muitas das vezes levam ao consumo de drogas (PORTELA et al., 2013).

Para estarem preparados ao lidar com as problemáticas relacionadas a assistência a usuárias de drogas lícitas e ilícitas e conhecer o comportamento em relação a saúde e doença, os profissionais Enfermeiros devem sempre estar abertos a acolher e escutar, pois esta problemática envolve uma série de fatores que permeiam a idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, cronicidade, crenças, família, habilidades culturais, esquemas de tratamento, entre outros, isto tudo demanda esforço dos profissionais, além de capacitação dada a grande complexidade que é lidar com estas gestante (VASCONSELOS et al., 2017).

Uma pesquisa realizada por Santos; Moraes e Araújo (2022) identificou que uma das dificuldades relatadas por enfermeiros para a realização da consulta de pré-natal é a falta de condições de vida dessas gestante, que muitas das vezes vivem em situação de rua. Essa problemática traz uma série de malefícios a saúde da mãe e bebê, como o aumento de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente devido a comportamento promíscuos.

Esta condição deve ser observada sempre pelo enfermeiro e orientações sobre higiene e práticas sexuais seguras devem ser adotadas durante as consultas individuais e atividades em grupos. Para que doenças como Sífilis Congênita não venha atingir o recém-nascido. Além de doenças sexualmente transmissíveis, outras doenças são bastante observadas como diabetes e hipertensão (FERREIRA; LALA; MANSOUR, 2017).

Colaborando com o estudo outro autor cita que drogas como maconha e crack ao serem consumidas espalham-se e apresentam efeitos cardíacos, respiratórios e neurológico e ainda estão associados com depressão, violência e crimes, além de aumentar a morbidade materna e neonatal. Todas estas informações são de relevância ao profissional enfermeiro que deve estar ciente das complicações destas substâncias (RIBEIRO et al., 2018).

A educação em saúde permeia toda a prática profissional do Enfermeiro. O profissional deve ser bem qualificado para entender a atender a demanda deste público que infelizmente só vem aumentando em nosso país. Por isso o conhecimento profissional deve ir além dos determinados pelos protocolos do Ministério da Saúde no atendimento de baixo e auto risco (DOMINGUES, et al., 2015).

Assim, uma das dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro é adquirir tais competências, visto que existe poucas campanhas educativas que permeiam esse campo, além da péssima valorização profissional enfrentada pelo enfermeiro que faz com que ele não se qualifique adequadamente para a realização de uma melhor assistência.



Em uma pesquisa realizada por Paiva et al. (2021) verificou que o enfermeiro tem um conhecimento vago sobre o uso de substâncias psicoativas, alguns desconheciam as manifestações e as síndromes decorrentes do uso ou até mesmo não estavam cientes de todas as complicações que por exemplo, o uso do álcool na gestação pode trazer as gestantes, o que demonstra uma grande falha de aprendizado durante graduações, especializações e capacitações.

Um profissional bem qualificado é fundamental no acompanhamento dessas mulheres no seu ciclo gravídico e puerperal, a não qualificação resulta em dificuldades para assistência em saúde e os princípios do SUS como Integralidade, Equidade e Universalidade passam por despercebidos e a população gestante fica sem uma assistência de qualidade, sujeita a comprometimentos que o abuso dessas substâncias podem trazer (RIZZO, 2020).

4. APRESENTAR A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE A ESSAS USUÁRIAS GESTANTES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

O consumo de drogas lícitas e ilícitas acarreta em graves agravos a saúde materna e do bebê, segundo o Ministério da Saúde, por exemplo, gestantes que consomem álcool tem a probabilidade de 40% de ter seus bebês natimortos, ou seja, são aqueles que tem morte até 20 semanas de desenvolvimento pré-natal (BRASIL, 2021).

Já o uso do tabaco pode trazer morte súbita, baixo peso ao nascer e nas gestantes deslocamento de placenta e hemorragias, estas informações são importantes visto que estas são substâncias lícitas que muitas gestantes utilizam ao longo da gravidez. A promoção da saúde é uma das principais estratégias que deve ser utilizada para evitar esses desfechos maternos e neonatais (LOPES, 2012).

Diante desta magnitude, a figura do enfermeiro é de grande importância, principalmente aqueles especialistas em Enfermagem Obstétrica, Saúde da Mulher e Saúde da Família, pois possuem participação ativa nas equipes de saúde, no planejamento da assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, seja elas risco habitual ou não (VASCONCELOS, 2017).

Então, o enfermeiro frente aos desafios enfrentados a assistência de mulheres usuárias de substâncias lícitas e ilícitas, deve sempre estar vigilantes a cada consulta realizada, prestar novas informações e reclassificar o risco gestacional, se necessário. Isto só é possível com a realização de um trabalho minucioso, através de anamneses, exame físico, atividades educativas e em grupo (ROCHA, 2019).

É importante lembrar que o trabalho do enfermeiro permeia várias áreas da saúde, pois estão presentes nos consultórios de ruas, atenção básica, centros obstétricos, clínicas de recuperação e entre outros, e por isso, a categoria abrange uma grande área do cuidado e são um grande elo na assistência a estas usuárias de drogas lícitas e ilícitas.

Porém, várias são as particulares da enfermagem que atua na atenção primária, secundária e terciária de saúde, pois atuam sensibilizadas quanto ao cuidado destas mulheres, mas muitos destes profissionais precisam enfrentar deficiências estruturais e institucionais do SUS (RODRIGUES et al., 2017).

É importante lembrar que a Assistência prestadas às gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas é de alta complexidade, exigindo formação e conhecimento específico dos profissionais, em todos os níveis de atenção que está mulher passará. Cada mulher irá possuir suas particularidades, por isso o profissional enfermeiro deve estar atentos não só as demandas físicas, mas as psicológicas e sociais (MAIA et al., 2019).

Em estudo Barbieri et al. (2012) fala que o enfermeiro, por ser o profissional que mais realiza ações educativas, torna o atendimento mais humanizado, facilitando a identificação das individualidades e particularidades de cada uma, estabelecendo vínculos e reconhecendo as necessidades de cada gestante.

Porém em seu estudo Bezerra (2019) evidencia que ainda há uma deficiência muito grande nos serviços de saúde, pois eles não aproximam as gestantes e elas enfrentam dificuldades por permanecer em tratamento. Além disso elas tem que enfrentar desafios individuais, socioculturais ou relativos à organização de saúde.

Diante disso, o enfermeiro realizando a captação precoce dessas mulheres, utilizando-se de ferramentas para favorecer a aproximação aos serviços de saúde, como busca ativa, visita domiciliares e programa consultório de rua, favorece a intervenção adequada e assim diminui os riscos que estas gestantes estão expostas além das complicações neonatais (RODRIGUES, et al., 2017).

Em uma pesquisa realizada em um Centro de Educação Psicossocial por Censi (2015), destacou algumas ferramentas que são utilizadas pelos enfermeiros na recuperação de mulheres usuárias de drogas, sendo uma delas a escuta ativa, como ação de saúde mental, favorecendo para que o espaço seja de liberdade e de acolhimento, para reinserir estas mulheres nas suas atividades cotidianas e familiar.

Portanto, sendo o uso de drogas lícitas e ilícitas por gestante além de ser um campo da obstetrícia também é da saúde mental, aonde enfermeiros realizam um trabalho essencial no trabalho diário dos CAPs, definindo e organizando planos terapêuticos, utilizando métodos de cuidado para a reabilitação destas mulheres (ALMEIDA, 2015).

A Enfermagem como já mencionado trabalha em todos os níveis da assistência com as gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas, sendo assim, o enfermeiro precisa estar preparado e motivado para desempenhas bem as suas funções, estabelecendo cuidado digno, voltado para o bem estar da gestante. Porém, muitas das vezes as atividades administrativas e burocráticas acabam por fazerem com que o enfermeiro se esqueça de conversar, tocar e acolher (ESPERIDIÃO, 2013).

Além disso, o enfermeiro exerce o papel de líder e coordenador de sua equipe, a lei do exercício profissional que determina essa área de atuação. Dessa forma demanda uma visão ampla e sistêmica da situações, não só com a gestante dependente química, mas de toda equipe, desenvolvendo capacitações para toda equipe (CASTRO, 2013).



Diante do exposto a atuação do Enfermeiro na assistência prestada as gestante usuárias de drogas lícitas e ilícitas é de fundamental importância, pois em todos os níveis da saúde iremos tratá-las com humanismo, com um olhar compreensivo, desenvolvimento o acolhimento através do diálogo, desse modo com cuidado afetivo, não só pela gestante mas com toda a família (ALMEIDA FILHO; MORAES; PERES, 2009).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou realizar uma revisão na literatura referente a gestantes usuárias de drogas lícitas e ilícitas que tivessem recebido Assistência de Enfermagem. Identificou-se portanto que o acolhimento destas gestantes é realizado principalmente na Atenção Básica, mais que ainda é deficiente e a adesão dessas clientes ao pré-natal é baixa, visto que a maioria possui comportamento alterado pela droga ou ainda enfrentam preconceitos, além do corte do vínculo que acontece quando encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

O enfermeiro é muitas das vezes o primeiro a realizar assistência a estas gestantes e enfrenta diversos desafios, como: a não adesão ao pré-natal, estrutura insuficiente, desvalorização profissional e poucas capacitações. Porém, apesar das dificuldades de prestar assistência de forma adequada, visando a diminuição de riscos maternos e fetais. Essa assistência deve acolher, informar a gestante e suas famílias através da educação em saúde.

Entendeu-se que diante da magnitude que é a realização da assistência de enfermagem para este público, sendo o Enfermeiro um dos principais profissionais responsáveis por esta, visto que está inserido em todos os níveis de complexidade, sendo ativo nas equipes de saúde, orientando e norteando os principais cuidados, além de elaborar o planejamento, afim de promover a sensibilização dos cuidados a estas gestante e diminuir a mortalidade materna e neonatal advindo de riscos produzidos pelas drogas lícitas e ilícitas.

Referências

ALMEIDA FILHO, A. J.; MORAES, A. E. C.; PERES, M. A. A. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4793> . Acesso em: Abril. 2022.

ALMEIDA, A. S; FUREGATO, A. R. F. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 4, n. 1, p. 79-88, 2015. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>. Acesso em: Abril. 2022.

BARBIERI, A; FONSECA, L. M, CERON, M.I, FEDOSSE, E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Rev. Cien. Ciências da Saúde**. v. 24, n.1, p. 29-39. 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9702>. Acesso em: 10 abril. 2022.

BOSI, M. L.; GASTALDO, D. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 6, n. 45, 2011, p. 1197-1200. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JR3HvWjNtxmpBNJ3yXzydBz/?lang=pt> . Acesso em: 10 Março. 2022.

BOTELHO, A. P. M; ROCHA, R. C; MELO, V. H. Usoe dependência de cocaína/crack na gestação, parto e

puerpério. **Femina**, v. 41, n. 1, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3777.pdf>. Acesso em: Fev. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Conhecendo do uso de drogas na gestação e as consequências para os bebês**. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-efeitos-e-consequencias-do-uso-de-drogas-na-gestacao/30042021_cartilha_gestantes.pdf. Acesso em 10 de out. 2021.

CASTRO, R. C. B. R. **Atenção Primária, Secundária e Terciária e seus Serviços em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CENSI, M. **O cuidado na saúde mental: trabalho do enfermeiro no centro de atenção psicossocial**. 2015. 67f. Faculdade de Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, 2015. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1187/1/2015MarianaCenci.pdf>. Acesso em: Abril. 2022.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670042&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 Março .2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, p. 140-147, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892015000300003&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 04 nov. 2018.

ESPERIDÃO, Elizabeth. Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da ABEn. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700022 &lng=pt&nrm=iso . Acesso em: Março. 2022.

FERREIRA, H.; LALA, E. R. P.; MANSOUR, F. R. Frequência de Papilomavirus humano (HPV) em gestantes. **Biológicas & Saúde**, v. 7, n. 25, 2017. Disponível em: http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/download/1147/936. Acesso em: 30 nov. 2018.

FERREIRA, B.R.M.; MIRANDA, J.K.S.; As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Revist. Científica de Enfermagem**. v. 18, n. 6, p. 36-43. 2016. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/as_complicacoes_causadas_pelo_consumo_de_drogas_licitas_e_ilicitas_durante_a_gestacao.pdf. Acesso em: 10 Março .2022.

KASSADA D. S, MARCON S. S, WAIDMAN M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 3, n 18, p. 428-434. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/G3ZyhDF54DzbkTJn5Lt67Dr/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 10 Março. 2022.

LIMA, D. M. L. et al.; O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. **Revista espaço para a saúde**. v. 16. n. 3. p. 39-46. 2015. Disponível em: <https://espacoparasaudefpp.edu.br/index.php/espacosaudefpp/article/view/394/382> . Acesso em: 25 Fev. 2022.

LOPES, A. B et al. O uso de drogas na gravidez. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 110-112, 2011. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/913/v21n2s4a33.pdf>. Acesso em: Abril. 2022.

MONTE, M. G. et al.; Efeitos do uso de drogas ilícitas durante a gravidez. **Dê Ciência em Foco**. v. 1, n. 2, p. 95-105. 2017. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/download/77/33>. Acesso em. 15 Abril. 2022.

PAIVA, S, M, A. et al.; Atuação dos enfermeiros no pré-natal a gestantes usuárias de álcool. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9. 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/d944b4be-ed4b-4954-aff8-12dafba5503a/OLIVEIRA%2C%20M%20A%20F%20de%20doc%20141e.pdf> . Acesso em. 10 Abril. 2022.

PETERS, A. P. et al.; Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.) vol.16 no.2 Ribeirão Preto. 2020.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000200009. Acesso em. 25 Maço. 2022.

Portela, G.L.C. et al.; Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. v. 9, n. 2, p. 58-63. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79656> . Acesso em 06 Abril. 2022.

RENNER, F. W.; JESSICA, A. G.; WELTER, K. C. Repercussões neonatais do uso materno de crack. **Boletim Científico de Pediatria**. v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210145808bcped_12_02_06.pdf . Acesso em: 10 Fev. 2022.

RIBEIRO, M, C, L et al.; Cuidado de mulheres usuárias de crack na gestação: revisão bibliográfica. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**. v. 3, n. 14, p. 185-193. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n3/09.pdf> . Acesso em 01 Abril. 2022.

RIZZO, E. R et al.; O enfermeiro frente ao pré-natal das gestantes usuárias de crack. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 2, p. 136-147. 2020. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3225/pdf>. Acesso em: 20 Abril. 2022.

ROCHA, Gabriela. **Complicações do consumo de drogas ilícitas durante a gestação e as intervenções de enfermagem: uma revisão integrativa**. Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília. 2019. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/29216/1/2019_GabrielaRodriguesCerqueiraRocha_tcc.pdf. Acesso em: 05 Março. 2022.

SANTOS, E. A; MORAES, R. D; ARAÚJO, R. V. Acompanhamento de gestantes usuárias de drogas por enfermeiros da Atenção Básica. **Revista científica de Saúde e Tecnologia**. v. 2, n.3, 2022. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/105/88> . Acesso em 10 Abril. 2022.

SILVA, M. Z. N. S.; ANDRADE, A. B. A.; BOLSI, M. L. M. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 45, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JR3HvW-jNtxmpBNJ3yXzydBz/?lang=pt>. Acesso em: 09 Março. 2022.

VASCONSELOS, A. T, et al.; Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, p. 515-519. 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf . Acesso em 01 Abril. 2022.

WRONSKI, J. L, et al.; Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. **Rev enferm UFPE on line**. v. 4, n. 10, p. 1231- 9. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11108/12577>. Acesso em Fev. 2022.

CAPÍTULO 33

PAPEL DO ENFERMEIRO NO DIABETES MELLITUS: IMPACTOS DAS AÇÕES PREVENTIVAS NA SOCIEDADE

***ROLE OF THE NURSE IN DIABETES MELLITUS: IMPACTS OF
PREVENTIVE ACTIONS ON SOCIETY***

Matheus Lima Moreira¹

Audiane Ramos da Silva²

Iasmin Soares da Silva²

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues²

Mariana Farias da Silva Lima²

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa²

Aline Bianca Pinheiro Pereira²

Wesley Carlos Coelho Vieira¹

1 Graduanda de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduanda de Enfermagem da Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

Resumo

A presente pesquisa apresenta uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro no diabetes melittus: impactos das ações preventivas na sociedade, visa compreender os impactos das ações preventivas contra Diabetes Melittus na sociedade. Para a elaboração deste estudo, foi utilizada a pesquisa bibliográfica como metodologia viabilizando discussões sobre as principais causas que favorecem a incidência do diabetes melittus no Brasil, os impactos das ações preventivas contra o diabetes melittus no Brasil e por fim o papel do enfermeiro nas ações preventivas contra o diabetes melittus. Assim os resultados da pesquisa evidenciam que dentro do contexto social brasileiro a prevenção aliada ao monitoramento dos diversos casos de doenças existentes a promoção da saúde em esfera nacional tarefa facilitadora ao para controle dos impactos da diabetes melittus dentro da saúde coletiva. A prática preventiva é aliada fundamental no processo do cuidar unindo os diversos seguimentos da saúde envolvendo profissionais especializados na assistência clínica. Dessa Forma é possível notar que o estudo da Diabetes Melittus pode mudar tanto direta como indiretamente o modo de planejamento em saúde para padronizar o tratamento da desta patologia.

Palavras-chave: Ações Preventivas. Papel do Enfermeiro. Diabetes Melittus.

Abstract

This research presents a literature review on the role of nurses in diabetes mellitus: impacts of preventive actions on society, aims to understand the impacts of preventive actions against diabetes mellitus on society. For the elaboration of this study, bibliographic research was used as a methodology enabling discussions on the main causes that favor the incidence of diabetes mellitus in Brazil, the impacts of preventive actions against diabetes mellitus in Brazil and, finally, the role of nurses in preventive actions against diabetes mellitus. Thus, the research results show that within the Brazilian social context, prevention combined with the monitoring of the various cases of existing diseases, health promotion at the national level, facilitates the task of controlling the impacts of diabetes mellitus within public health. Preventive practice is a fundamental ally in the care process, uniting the various health segments involving professionals specialized in clinical care. Thus, it is possible to note that the study of Diabetes Melittus can change both directly and indirectly the way of health planning to standardize the treatment of this pathology.

Key-words: Preventive Actions. Role of the Nurse. Diabetes Melittus.

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico causado pela absorção ou produção ineficiente da insulina. Essa patologia tem importância a nível global e todos os dias se torna cada vez mais problema de saúde pública tendo em vista que as alterações no bem estar de vida das pessoas abrem uma enorme janela para a incidência de novos casos da diabetes em todo o planeta.

Levando em consideração que Educação e saúde são temas que estão diretamente relacionados, este estudo justifica-se devido aos índices de casos de Diabetes Mellitus no Brasil entre as várias faixas etárias. Dessa forma é possível notar que o estudo da Diabetes Mellitus pode mudar tanto direta como indiretamente o modo de planejamento em saúde para padronizar o tratamento da desta patologia.

A pergunta norteadora desta pesquisa é quais os impactos das ações preventivas contra o diabetes mellitus na sociedade. Estudos epidemiológicos e nutricionais realizados com o passar das décadas retratam um estilo de vida fora dos padrões estabelecidos para a saúde atrelados a fatores de risco pré-estabelecidos contribuíram para o desenvolver de comorbidades que afetam toda a sociedade.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender os impactos das ações preventivas contra Diabetes Mellitus na sociedade. Já os objetivos específicos são: Apresentar principais causas que favorecem a incidência de Diabetes Mellitus no Brasil. Descrever principais impactos das ações preventivas contra Diabetes Mellitus na sociedade. Discutir o papel da Enfermagem nas ações preventivas à Diabetes Mellitus.

O método proposto para este fim será uma revisão de literatura baseada em artigos científicos relacionados ao assunto em questão. Para coleta e formulação dos dados este estudo utilizará como ferramenta plataformas de pesquisa de referência como Google Acadêmico, Plataforma SCIELO, LILACS e BVS além de dispor de outras fontes de pesquisa como livros, sites e revistas científicas. Este estudo terá uma janela de pesquisa com artigos e dados publicados entre os anos de 2012 e 2022.

2. PRINCIPAIS CAUSAS QUE FAVORECEM A INCIDÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NO BRASIL

A Diabetes Mellitus é uma doença de fator crônico. Não possui possibilidade de cura, possuindo apenas tratamento para controle da patologia no indivíduo. Esse tipo de condição metabólica provoca nos organismos a produção Prejudicada ou insuficiente de Insulina, levando o mesmo a perder parte da capacidade de equilibrar os níveis de açúcar no sangue.

Grande parte da população portadora da diabetes não sabe da existência da doença em suas vidas. Portanto, permanecem assintomáticas por um determinado tempo até que

os primeiros sintomas apareçam. Por ter seus sintomas invisíveis na maioria dos casos a conjectura clínica por muitas vezes se dá através da observação detalhada a respeito dos fatores de risco à saúde que norteiam pacientes com diabetes sejam elas nos seus variados tipos.

Podemos enfatizar que essa patologia tem sua incidência datada e catalogada desde tempos antigos. Os primeiros registros da doença datam ainda do período egípcio onde o seu diagnóstico e detecção eram feitos através da urina de portadores da doença. Esta patologia tem a capacidade de afetar a qualidade com que seus portadores levam a vida sendo este aspecto um elemento chave relacionado a avaliação da saúde, tratamento e da doença no indivíduo. (RODRIGUES; LIMA; DOS SANTOS, 2015).

Segundo Teston (2018) As Doenças Crônicas Não Transmissíveis contribuem para mais de 70% das causas de morte em todo o mundo. Isso se dá mediante ao fato de que a maioria dos portadores descobre a doença de forma tardia, elevando ainda mais de forma proporcional o índice de óbitos. Dentro da atenção básica, porta de entrada dos pacientes na rede pública de saúde, temos chances singulares para tratamento das possíveis causas da Diabetes tanto no Brasil quanto no mundo.

2.1 Envelhecimento populacional

Dentro do mundo clínico, podemos elencar algumas das principais causas que contribuem para o aumento dos casos de Diabetes Mellitus no Brasil. Observa-se neste contexto um aumento tendencioso em relação ao número de pessoas hospitalizadas por causa da diabetes quando se comparada a outros tipos de hospitalização com por exemplo a gerada por acidentes com traumas severos. Torna-se essencial o monitoramento contínuo da meta de redução da mortalidade prematura, possibilitando o debate com a sociedade sobre avanços e limites. (MALTA et al., 2019).

Como um dos fatores que corroboram para maior incidência de Diabetes Mellitus no Brasil, o envelhecimento população segue com seu potencial atrelado aos avanços da doença. Um dos maiores desafios advindos das gerações passadas é justamente o cuidado integrado a população idosa a qual necessita de esforços básicos para manutenção da vida. O envelhecimento populacional tem sido acompanhado pelo aumento da incidência e da prevalência de doenças e agravos não transmissíveis – DANT 's (ROEDIGER et al., 2018).

Ao longo dos anos, os períodos de transição demográfica partindo do envelhecimento dos cidadãos tiveram em sua maioria início com a diminuição considerável dos índices de mortalidade. Essas modificações acarretaram extensas ações de planejamento voltadas a saúde dos idosos e dos mais jovens. observasse, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; DA SILVA, 2016).



2.2 Sedentarismo e estresse associados ao desenvolvimento do diabetes mellitus.

O Diabetes se representa em todo país como uma das doenças mais ameaçadora a estrutura da saúde pública brasileira. Um dos fatores que contribui para o aparecimento de casos da doença na sociedade esta diretamente ligado ao alto índice de sedentarismo entre homens e mulheres além do elevado grau de estresse relacionado a vida cotidiana que cada indivíduo. Em 2013, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, contando com 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (FLOR; CAMPOS, 2017).

Indivíduos em estado sedentário correm enorme risco quando relacionamos este fator ao risco de desenvolvimento do diabetes. Pessoas que não praticam nenhum tipo de atividade física não possuem gasto energético aceitável para que as células do corpo consigam realizar a absorção da glicose produzida. De maneira fisiológica este acúmulo de açúcares no organismo tende a se prender nas paredes dos vasos causando não somente problemas metabólicos como a diabetes, mas também obstrução de vasos e canais sanguíneos.

A rotina e os hábitos praticados dia a dia são alguns dos principais fatores para o aumento excessivo do estresse. Os hormônios do estresse podem alterar a glicemia diretamente: o estresse mental em DM1 pode se elevar ou diminuir muito a glicemia; em DM2 o estresse tende apenas a elevar a glicemia. Sob estresse físico, como cirurgias ou doenças, a glicemia tende a subir tanto em DM1 quanto DM2 (COLENCI, 2021).

Elevados Níveis de estresse podem contribuir diretamente para o aparecimento diabetes ou para o agravamento dele em paciente que já possuem a doença em desenvolvimento. A gama hormonal relacionada ao estresse como a exemplo do cortisol tendem a impedir em certos casos a produção correta da insulina bem como a sua absorção ideal pelo nosso corpo. Esses contratempos corroboram para o aparecimento do Diabetes Mellitus seja ele desenvolvido em crianças, jovens e/ou adultos.

2.3 Hereditariedade genética do diabetes

Em alguns casos a prevalência do Diabetes Mellitus em pacientes principalmente crianças e jovens se dá por fatores majoritariamente genéticos e hereditários. Pessoas que possuem histórico familiar da doença possuem grande probabilidade ao aparecimento da doença e também de desenvolverem os aspectos relacionados a sua saúde.

Alguns estudos mostram que pessoas com histórico familiar de Diabetes Mellitus do Tipo 2 por exemplo tem mais chances de contrair a doença se comparados a casos onde os pacientes tem uma vida sedentária, mas sem nenhum caso registrado anteriormente no ambiente familiar. Sabemos igualmente que 39% dos diabéticos têm pelo menos um familiar com a doença. (4,5) Além disso, em gêmeos monozigóticos, quando um tem a doença o outro tem 90% de probabilidade de vir a desenvolvê-la. (CHAMBEL; SANTOS, 2020).



Segundo Cortez et al. (2015) as complicações relacionadas ao surgimento do Diabetes aumentam cada vez mais ao longo do tempo e a identificação dos fatores de risco relacionados a essa doença podem facilitar o seu tratamento precoce quando associado a estratégias práticas de cuidado e atenção voltadas não somente para a qualidade de vida do paciente, mas também para a promoção da saúde das próximas gerações.

A hereditariedade da doença nos mostra cada vez mais a importância dos cuidados com os membros componentes de cada família. Ao desenvolver um distúrbio metabólico ou qualquer outro tipo de patologia que tem a predisposição genética de ser passada para outras gerações todo cuidado a ser tomado é pouco. Doenças de cunho genético tendem a tramitar entre familiares levando risco generalizado a longo prazo em quem partilha de traços genéticos associados. São doenças cardíacas, autoimunes e metabólicas podem mudar o contexto de vida dos pacientes envolvidos.

3. IMPACTOS DAS AÇÕES PREVENTIVAS CONTRA O DIABETES MELIT-TUS NO BRASIL

O Diabetes Melittus é uma doença de padrão silencioso que se manifesta em diferentes idades dentro do contexto social. Seu desenvolvimento se dá de forma hereditária ou por maus hábitos de vida, sendo este último um dos fatores mais preconizados no século XXI. Com a criação dos fast food, o consumo inadequado de comidas industrializadas e o crescimento do índice de pessoas sedentárias tornou a patologia um problema de saúde pública mundial.

De acordo com Gonçalves e Gurgel (2019) As políticas públicas destinadas a erradicação total do diabetes não possuem eficácia suficiente e que durem tempo prolongado. Todavia, as alternativas existentes são o diagnóstico precoce da doença bem como sua prevenção. A educação em saúde proporciona enorme suporte para os profissionais envolvidos tanto na promoção quanto no tratamento de diversas patologias que podem ser evitadas dentro dos grupos sociais. É através da educação continuada em saúde que temos um aproveitamento significativo das equipes multidisciplinares permitindo a cada profissional ter a oportunidade de propagar boas práticas para o tratamento de diversas doenças presentes atualmente.

A população embora tenha parcela dentro da esfera patológica do diabetes possui papel fundamental quando falamos de estratégias para prevenção do diabetes e seu monitoramento. As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. (FALKENBERG et al., 2014)

As ações preventivas implementadas pela enfermagem e pelas equipes multidisciplinares tem dado resultados expressivos quando relacionadas a outros tipos de formas preventivas para evitar o surgimento da diabetes no ser humano. Os impactos dessas ações têm provocado o Aumento da qualidade de vida de diversas idades e nichos populacionais. Esse aumento da qualidade de vida se dá por meio das orientações passadas por

cada profissional aos pacientes, possibilitando uma conscientização vertical em relação a mudanças nos hábitos de vida e a prática de atividade física diária.

O fator principal em se ter uma vida baseada em dieta saudável e exercícios físicos regulares auxiliar na prevenção não só do diabetes, mas de outras doenças geradas por uma vida sedentária. Exercitar o corpo possui parcela significativa para a redução dos níveis glicêmicos do nosso corpo tornando os parâmetros aceitáveis quando falamos em controle das taxas metabólicas no corpo. No Brasil, estudos têm avaliado a expectativa de vida saudável da população geral e da população de idosos (CAMPOLINA et al., 2013).

Segundo Costa et al. (2017) As doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes, tem representado relevante causa de mortalidade no mundo no decorrer dos anos. Partindo deste princípio observa-se que outro impacto relevante frente a prevenção do Diabetes Mellitus é a redução das taxas de mortalidade pela doença. O avanço na conscientização dos grupos sobre a importância do controle da patologia bem como sua prevenção torna o diagnóstico precoce uma das formas mais rápidas de identificação dos fatores que podem interferir na saúde do paciente. Prevenir os fatores que desencadeiam esse mal é a melhor forma de tratá-lo tendo em vista que pequenas mudanças proporcionam enormes resultados quando comparados em grande escala.

Reduzir o número de mortes por quaisquer que sejam as doenças implica basicamente não poder preventivo de grande relevância. Vários países mundos a fora têm se atentando para essa perspectiva a fim de reduzir a incidência de doenças crônicas entre os mais velhos, jovens e no público infantil. As doenças Crônicas não transmissíveis como a exemplo da Diabetes tem incidência comprovada em países de média e baixa renda, sendo países esses menos estruturados e com grande déficit sanitário. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) contribui para o fortalecimento do SUS ao atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde (DACAL; SILVA, 2018).

A manutenção da saúde do indivíduo portador ou não da diabetes também é um dos objetivos presentes no processo de prevenção da doença ao qual é resultado também do impacto gerado pelas práticas de controle da patologia. Ao exemplo da diabetes gestacional, o controle da saúde da mãe implica também na saúde da criança a ser gerada. Manter padrões metabólicos aceitáveis proporciona a ambos uma gestação sem sustos e preocupações durante todo o pré-natal sendo a enfermagem de extrema importância nesse processo identificando eventuais riscos baseados na história clínica das partes envolvidas.

Como impacto relevante a ser discutido, apresenta-se também como resultado da prevenção do Diabetes a redução do número de idosos com a doença. Com um tratamento sistematizado e focado na conscientização dos cidadãos acerca do que a pode gerar podemos controlar sua disseminação, ofertando medidas preventivas desde o início da vida e podemos também realizar o monitoramento constante dos padrões para o surgimento dos fatores que podem ou chegam a evidenciar a patologia.

O envelhecimento populacional produz aspectos relevantes para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Planejar estratégias que favoreçam a assistência prestada aos idosos pode nos levar a um novo nível organizacional. Muitos são os impactos gerados pelas ações preventivas humanas para tratar as mais variadas patologias

existentes na sociedade observando cada vez mais o panorama ao qual estamos inseridos e as dificuldades enfrentadas dia a pós dia. As alterações fisiológicas do envelhecimento que influenciam o aumento da prevalência da diabetes mellitus (DM) são vistas no pâncreas, glândula secretora de insulina, que sofre importantes mudanças estruturais (RIBEIRO et al., 2020).

De acordo com Mota et al. (2014) somente usando como ferramenta de prevenção a conscientização sobre as mudanças nos hábitos de vida poderemos ter controle sobre a DM. Na atenção básica temos uma abrangente porta tanto para interação profissional – paciente quanto para se estabelecer linhas seguras de conscientização acerca da diabetes e suas consequências na sociedade. Nas unidades básicas de saúde temos um público variado de pacientes que por muitas vezes não possuem conhecimento ou não tem assistência adequada quando associado o número de pessoas doentes as práticas que tendem a provoca-las.

Para indivíduos com algum tipo de comorbidade associada as ações de prevenção do diabetes, tem impacto ainda maior pois permitem que o indivíduo possa viver com segurança e de maneira saudável baseada dentro do contexto em que está inserido. Em uma esfera global, todas as ações voltadas para tanto para a prevenção quanto para o tratamento do diabetes tem impacto diferenciado e cumprem papel fundamental nas práticas integrativas em saúde.

As Doenças Crônicas não transmissíveis são importante objeto de estudo para a ciências para de tal modo criarem medidas que possuam impactos preventivos na sociedade. O aumento crescente das DCNT – ou como tem sido denominada a “epidemia de DCNT” – afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. (MALTA; DA SILVA JR, 2013)

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES PREVENTIVAS CONTRA O DIABETES MELLITUS

O Enfermeiro possui papel fundamental no tratamento e conscientização acerca de diversas doenças dentro de nossa sociedade. Como parte de sua responsabilidade em promover a saúde a todos os indivíduos a enfermagem tem responsabilidade atenuada a prática de ações preventivas que favoreçam a diminuição da incidência de novos casos das principais doenças que acometem tanto jovens quanto idosos por meio não só da consulta de enfermagem, mas também de palestras com fins educativos.

Baseando em estudos acerca do papel da enfermagem frente as mais diversas adversidades temos que várias são as metas a serem batidas para a realização de um atendimento de qualidade. A consulta de enfermagem é uma metodologia utilizada na prática de enfermagem ambulatorial e comunitária, privativa do enfermeiro e visa contribuir com a resolutividade das necessidades dos pacientes, por proporcionar um espaço de envolvimento com a saúde e o bem-estar, resultando na construção de vínculos que facilitam as mudanças de comportamento ou estilo de vida dos usuários (SCAIN et al., 2013).

O processo de promoção da saúde por parte do enfermeiro se viabiliza por meio do processo político de conscientização acerca dos fatores de risco associados que podem gerar a diabetes. Temos então a educação continuada como uma das ferramentas em que o profissional enfermeiro está inserido tendo como objetivo primordial a conscientização das pessoas a respeito da eliminação de fatores de risco. A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas no âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas. Entre elas, destaca-se o diabetes Mellitus, que conforme as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000, atingia cerca de 177 milhões de portadores em todo o mundo (BORBA et al., 2012).

A promoção da saúde através da educação é considerada uma das principais armas na prevenção Diabetes Mellitus. É através de palestras educativas temos o poder de conscientizar a população de se os fatores de risco forem evitados antes do surgimento da doença maiores serão as chances de termos uma população mais sadia e conscientizada em relação a diabetes e seus efeitos danosos a sociedade levando em consideração a premissa que a prevenção sempre terá mais relevância do que o tratamento propriamente dito. As evidências acumuladas apontam que, para deter o crescimento das DCNT, são necessárias estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle (MALTA et al., 2017).

O Diabetes Mellitus quando monitorado incorretamente dentro da sociedade pode acarretar sérios problemas a sociedade levando até mesmo a incapacidade física do indivíduo e dificultando a execução de tarefas simples. Diante do exposto estudioso tem buscado cada vez mais maneiras que possibilitem um olhar clínico apurado em relação as situações envolvendo a pessoa diabética ou o indivíduo que possui todos os requisitos para desenvolvimento da mesma.

Para De Oliveira et al. (2019) O conhecimento adquirido pelos pacientes sobre a Diabetes influencia diretamente no monitoramento da glicemia domiciliar a fim de contribuir para os acompanhamentos da prevenção e também em novos casos. Durante a consulta de enfermagem o profissional enfermeiro deve-se atentar para diferentes pontos a serem abordados junto a pessoa diabética. Deve-se disseminar orientações quanto a importância do monitoramento dos níveis de glicemia, a ingestão exagerada de glicose, a importância da mudança de hábitos para uma vida saudável e também aos cuidados quanto a uma alimentação de qualidade.

Segundo Orozco e De Souza (2017) os profissionais da saúde que estão em contato com pacientes diabéticos vem cada vez mais se preocupando com o autocuidado de seus pacientes. É fundamental para a equipe responsável pela assistência a conscientização acerca da alimentação saudável como aspecto preventivo ao diabetes. Mesmo sendo uma doença que pode ser adquirida de forma hereditária, O Diabetes Mellitus também pode se originar através de distúrbios metabólicos causados por um ciclo rotineiro de má alimentação.

No decorrer dos anos o acúmulo de açúcares no metabolismo tende a gerar doenças graves provocando sérios riscos à saúde da população em especial os mais idosos. Proporcionar uma alimentação saudável contribui para o aumento da expectativa de vida, previne os fatores que desencadeiam a DM tão somente regulam a vida daqueles que já possuem a doença provocada pela falta dos cuidados necessários.



A prática do monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis também faz parte do papel da enfermagem dentro da sociedade. Monitorar implica em observar um grande número de pessoas a fim de identificar aspectos que possam apontar para uma determinada patologia e, portanto, ajudar no diagnóstico da mesma. O rastreio de novos casos de diabetes ou até mesmo de pacientes assintomáticos que geram suspeita quanto ao acometimento da doença é peça chave dentro do papel do enfermeiro tanto na prevenção e tratamento dos diferentes tipos da doença.

Segundo Iser et al. (2015), a DM é uma das doenças que possui prioridade de combate a nível global tendo em vista que seu impacto possui enorme prevalência além de altos índices de internações decorrentes de pacientes com complicações relacionadas a diabetes. O diabetes causou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014 e foi responsável por 11% do gasto total com a saúde de adultos: um custo estimado de 612 milhões de dólares. No Brasil, essa enfermidade foi responsável por 5,3% dos óbitos ocorridos em 2011, com taxa de mortalidade de 33,7 óbitos a cada 100 mil habitantes, apesar da redução de 1,7% ao ano verificada no período 2000-2011. (ISER, 2015)

O Enfermeiro a partir de suas atribuições dentro das unidades de saúde também possui papel na conscientização dos cidadãos quanto a uso excessivo de bebidas alcoólicas, já que esse é outro fator que pode levar ao desenvolvimento da doença. Durante as consultas e até mesmo palestras nas unidades o enfermeiro deve passar a população medidas que mostrem o potencial benéfico quanto a redução na ingestão de álcool a fim de prevenir o surgimento de doenças.

A utilização de alguns tipos de drogas ou de medicamentos também pode facilitar o surgimento da doença. Em muitas cidades do Brasil o número de diabéticos tem aumentado drasticamente graças a união de diversos fatores associados, sejam eles o uso de álcool e drogas e até mesmo o descontrole metabólico dentro de uma vida desregrada quanto as recomendações médicas. Logo, o autocuidado deve ser entendido como um comportamento aprendido e realizado pelo indivíduo em seu próprio benefício (MARQUES et al., 2019).

Segundo Malta et al. (2013) várias condições crônicas contribuem amplamente para o aumento de doenças crônicas sendo classificadas doenças de desordem mental e neurológicas, ósseas e articulares, doenças autoimunes dentre um leque variado de patologias associadas. De maneira Geral o profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem possuem papel fundamental na prevenção de diversas doenças.

A Diabetes Mellitus em todos os seus marcos de abrangências tem sua prevenção assegurada nas unidades básicas de saúde salientadas pelos profissionais que fazem parte da Assistência. Vale ressaltar o combate a doença é um dever continuado de todos utilizado a prevenção como arma principal para a diminuição dos casos da patologia na sociedade brasileira e a nível mundial. Realizar educação em saúde é, pois, capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia (MOTA et al., 2014).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe à tona o tema papel do enfermeiro no diabetes melittus: impactos das ações preventivas na sociedade. Torna-se importante o tema escolhido devido ao aumento nos índices de casos de Diabetes Mellitus no Brasil entre as várias faixas etárias. Partindo deste ponto é possível notar que a análise dos estudos sobre o diabetes auxilia no planejamento estratégico para promoção da saúde populacional no país.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa buscou respostas para o seguinte problema: Quais os impactos das ações preventivas contra o diabetes melittus na sociedade? Teve como objetivo compreender os impactos das ações preventivas contra Diabetes Mellitus na sociedade. Para tanto três capítulos descreveram um pouco sobre principais causas que favorecem a incidência de Diabetes Mellitus no Brasil, principais impactos das ações preventivas contra Diabetes Mellitus na sociedade e o papel da Enfermagem nas ações preventivas à Diabetes Mellitus.

Sobre as principais causas que favorecem a incidência do diabetes melittus no Brasil, observa-se a grande quantidade de pessoas que desenvolvem a doença por mudanças em seus hábitos de vida, também pelo descuido com a prática de atividade física gerando o sedentarismo e o desenvolvimento da patologia de forma hereditária.

Em relação impactos das ações preventivas contra o diabetes melittus no Brasil, a discussão propõe que a atenção voltada para práticas públicas em prol da prevenção a DM gera impactos positivos no alto índice de pessoas acometidas pela doença. A prevenção produz mudança a longo prazo tornando cada vez mais pontual o monitoramento de novos casos e a estruturação correta das estratégias de prevenção.

A respeito do papel do enfermeiro nas ações preventivas contra o diabetes melittus torna-se importante salientar a importância do papel deste profissional não apenas no processo de promoção do diabetes, mas também na assistência de enfermagem de forma geram dentro da sociedade ao qual está inserido e também como colaborador dentro das unidades de saúde Brasil a fora.

Mediante o estudo realizado, a prevenção do diabetes melittus terá a curto e longo prazo efeitos positivos dentro da sociedade vigente. À luz das teorias, exploradas na fundamentação teórica desta pesquisa bibliográfica, torna-se possível afirmar que os objetivos específicos e geral foram alcançados neste estudo científico.

Por mais que tenham ficado explícitos os benefícios do estudo sobre o papel do enfermeiro no diabetes melittus: impactos das ações preventivas na sociedade por meio deste estudo bibliográfico, é possível avançar em novos estudos que possibilitem suas aplicações.



Referências

- BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):169-76.
- CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1217-1229, jun, 2013.
- CHAMBEL. B; SANTOS, C. História Familiar como Estratégia de Prevenção de Diabetes Mellitus. **Revista Portuguesa de Diabetes**. Lisboa, Portugal, 2020; 15 (1): 16-18.
- COLENCI, Bibiana Prada de Camargo. **O que você precisa sobre estresse e diabetes**. Diabetes.org.br. Disponível em < <https://diabetes.org.br/o-que-voce-precisa-saber-sobre-estresse-e-diabetes-6/>> Acesso em 2 de fevereiro de 2022.
- CORTEZ, Daniel Nogueira et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm**. Minas Gerais, 2015; 28(3):250-5.
- COSTA, Amine Farias et al. Carga Do Diabetes Mellitus Tipo 2 No Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(2):e00197915.
- DACAL, Maria del Pilar Ogando; SILVA, Irani Santos. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Saúde Debate** | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 118, P. 724-735, JUL-SET 2018.
- DA SILVA, Rafael Santos et al. **A importancia da atividade física em idosos com diabetes**. Volume 1 - Número 2 - jul/dez de 2018.
- DE ALMEIDA, Sergio Aguinaldo et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev Bras Cir Plást**. 2013;28(1):142-6.
- DE OLIVEIRA, Laís Lima Et Al . Atitudes E Comportamentos Dos Diabéticos Acerca Das Estratégias De Prevenção E Controle Clínico Do Diabetes. **Rev Med** (São Paulo). 2019 jan.-fev.;98(1):16-22.
- FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(3):847-852, 2014.
- FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras epidemiol** Jan-mar,Rio de Janeiro 2017; 20(1): 16-29.
- GONÇALVES, Jonas Rodrigo; GURGEL, Caroline Pereira. Cuidados E Prevenções Ao Diabetes No Brasil. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos** -Ano II (2019), Volume II, N.4 (Jan./Jun.) -, ISSN: 2595-1661.
- ISER, Betine Pinto Moehlecke Et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2): 305-314, abr-jun 2015
- MARQUES, Marília Braga et al. Intervenção Educativa Para A Promoção Do Autocuidado De Idosos Com Diabetes Mellitus. **Rev Esc Enferm USP** · 2019;53:e03517.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **REV Bras.-Epidemiol**, Rio de Janeiro, 2019;p 22: E190030.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Rev Bras Epidemiol** Out-Dez 2017; 20(4): 661-675.
- MALTA, Deborah Carvalho; DA SILVA JR, Jarbas Barbosa. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(1):151-164, jan-mar 2013.
- MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; DA SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519.

MOTA, Mariana Delli Colli et al. Educação em Saúde Junto a Idosos com Hipertensão e Diabetes: Estudo Descritivo. **Revista UNINGÁ Review**, Vol.1 8 ,n.2 ,pp. 48- 53 (Abr – Jun 2014).

OROZCO, Livia Barqueta; ALVES, Sergio Henrique De Souza. Diferenças Do Autocuidado Entre Pacientes Com Diabetes Mellitus Tipo 1 E 2. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vol. 18, núm. 1, 2017, pp. 234-247.

RIBEIRO, Diego Rislei et al. Prevalência De Diabetes Mellitus E Hipertensão Em Idosos. **Revista Artigos.com**.ISSN 2596-0253. Volume 14-2020.

ROEDIGER, Manuela de Almeida et al. Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 23(11):3913-3922, 2018.

RODRIGUES, Josilene Araújo; LIMA, Francimara de Jesus Sousa, DOS SANTOS, Ariane Gomes. Atuação do enfermeiro com pacientes com diabetes mellitus na melhoria da qualidade de vida. **Rev. Aten. Saúde**. 2015;13(46):84-90;

SANTOS, Edilma de Queiroz Noronha. **Principais cuidados de enfermagem na prevenção do diabetes mellitus (dm): foco na gestão em saúde**. São Francisco de Assis, 2019.

SCAIN, Suzana Fiore et al. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013; 34(2):14-20.

TESTON EF, SPIGOLON DN, MARAN E, SANTOS AL, MATSUDA LM, MARCON SS. Nurses' perspective on health education in Diabetes Mellitus Care. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2735-42. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0396>

CAPÍTULO 34

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO

***HUMANIZED NURSING CARE FOR PATIENTS ON DIALYSIS
TREATMENT***

Wesley Carlos Coelho Vieira¹

Alessandra Coelho Vivekananda Meireles²

Erika Patrícia Campos Rocha³

Evelyn Moreira Silva³

Yuri Marques Castro¹

Aline Bianca Pinheiro Pereira³

Matheus Lima Moreira¹

1 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Enfermeira, Mestre em gestão de programa e serviços pela universidade Ceuma, São Luis-Maranhao

3 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A presente pesquisa apresenta uma revisão de literatura sobre assistência de enfermagem humanizada aos pacientes em tratamento dialítico, visa descrever a assistência de enfermagem a pacientes em tratamento dialítico. Dessa forma os profissionais devem ter conhecimento para que se busque uma assistência de qualidade a esses pacientes através da execução adequada no entendimento das complicações inerentes a esse procedimento. Para elaboração desse estudo foi utilizado pesquisa Bibliográfica como metodologia viabilizado discussão sobre: discorrer sobre as funções da diálise peritoneal (DP) e hemodiálise (HD) em geral; apontar as consequências e os danos causados aos pacientes em tratamento dialítico; e por fim destacar a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediatório juntos aos pacientes em tratamento dialítico. Assim os resultados a pesquisa evidenciam que o enfermeiro capacitado influencia muito na sobrevida dos pacientes em casos de tratamento hemolítico, visto que a interação entre enfermeiro-paciente pode contribuir na adaptação as restrições do tratamento.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Dialise peritoneal. Hemodiálise. Insuficiência renal.

Abstract

The research presents a literature review on humanized nursing care for patients on dialysis, aims to describe nursing care for patients on dialysis. Thus, professionals must have the knowledge to seek quality care for these patients through proper execution without complications inherent to this procedure. Bibliographic as a viable methodology discussion on: discussing the functions of peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD) in general; the consequences and damage caused to patients undergoing dialysis treatment; and finally, highlight the importance of the nursing professional and their mediating role together with patients undergoing dialysis. Thus, the a research that the nurse capable of influencing the survival of hemolytic patients, since the adaptation between the interaction between the results-patients can contribute in helping to the very effective treatment of the treatment.

Key-words: Nursing assistance. Peritoneal dialysis. hemodialysis. Renal insufficiency.



1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma doença progressiva, considerada problema de saúde pública por apresentar vários desfechos que aumentam a morbimortalidade. Essa afecção é caracterizada por uma condição patológica irreversível devido à incapacidade dos rins de regular a homeostase corporal, equilíbrio hídrico, acidobásico e eletrolítico, funções hormonais e regulação da pressão arterial. As principais causas da DRC incluem hipertensão, diabetes mellitus e glomerulonefrite. A patologia é dividida em estágios: o estágio 1 é caracterizado por lesão renal com leve perda da função renal, mas sem impacto direto na taxa de filtração glomerular (TFG), portanto indivíduos em estágio mais avançado da doença sofrem de insuficiência renal e apresentam TFG abaixo de 15 mL / min. Pacientes nesse estágio recebem terapia de substituição renal na forma de hemodiálise ou diálise peritoneal, e podem ser encaminhados para transplante renal.

Esta pesquisa fundamenta-se que a enfermagem tem um papel fundamental no cuidado de pacientes dialíticos, visto que a interação entre enfermeiro-paciente pode contribuir na adaptação às restrições do tratamento. O profissional de saúde deve estar apto, na promoção, orientação e assistência aos pacientes em tratamento dialítico. Dessa forma, o vigente estudo torna-se relevante para destacar como identificar as complicações que ocorrem durante as sessões da diálise peritoneal, da hemodiálise e a assistência de enfermagem prestada aos pacientes portadores de insuficiência renal crônica. Avaliar a participação da família no cuidado do paciente, auxiliando em uma assistência humanizada visando o paciente de forma holística.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O presente artigo apresenta-se por meio de revisão bibliográfica analítica a respeito do papel do profissional enfermeiro no cuidado de pacientes dialíticos. Utilizou-se para a presente pesquisa as bases de dados: Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Google acadêmico. Não foi utilizado o período de tempo como critério para seleção dos trabalhos científicos levando em consideração pela escassez de novos artigos para o tema abordado, mas foram descartados artigos muito antigos em virtude de mudanças na sociedade com relação às políticas públicas. Para as pesquisas nas plataformas LILACS, Scielo e Google Acadêmico. Para a busca dos artigos utilizou-se as palavras-chaves "assistência de Enfermagem ao paciente com problemas renais", "assistência de Enfermagem e a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos" e "diagnósticos de Enfermagem ao paciente dialítico". Após os levantamentos dos artigos conforme previamente estabelecidos com a necessidade do presente estudo, foi feita uma leitura analítica, leitura exploratória e seletiva, em seguida a isto foram realizados resumos dos trabalhos pesquisados para a realização da revisão de literatura.

3. FUNÇÕES DA HEMODIÁLISE (HD) E DIÁLISE PERITONEAL (DP)

A hemodiálise foi criada pelo médico e pesquisador holandês Willem Johan Kolff, o rim artificial foi inventado em 1941. Entretanto, a máquina de hemodiálise de Kolff só foi testada em um ser humano em 1943. Após ver um jovem de 22 anos morrer por insuficiência renal, o médico, naturalizado estadunidense, se dedicou a criar uma maneira para filtrar e limpar o sangue de pacientes. Para isso, ele inventou uma máquina que usava quarenta metros de tubos. Como não havia um equipamento para bombear o sangue, ele era coletado por uma bureta e transportado através do longo tubo com a ajuda da gravidade. Os tubos, fabricados de celulose, eram enrolados em uma espécie de carretel giratório que ficava mergulhado em uma solução de dialise (SIMERS, 2017).

O principal objetivo do tratamento hemolítico é minimizar os sintomas causados pelo mau funcionamento dos rins e beneficiar ao paciente uma melhor qualidade de vida, assim permitindo-o se sentir bem e confortável, dessa forma considerando-se sempre o monitoramento dos níveis plasmáticos de potássio, ureia, sódio e cloretos (SAÚDE BIAZI, 2012).

Geralmente, a hemodiálise é realizada em sessões e essas sessões tem duração em média de três a quatro horas, portanto o paciente deve realizar em torno três vezes por semana. Podem existir algumas modificações no tempo e na frequência dessas sessões, pois essa variação é de acordo com o estado clínico de cada paciente (SBN, 2012; SAÚDE BIAZI, 2012).

Durante as sessões podem surgir efeitos colaterais causados por rápidas alterações do volume de líquido e no equilíbrio químico do organismo do paciente. Os efeitos mais comuns são as câibras musculares e a hipotensão, sendo que esta última pode deixar o paciente fraco, atordoado e com náuseas. Tais efeitos podem ser evitados com uso de medicamentos e seguindo uma dieta prescrita pelo médico. Entretanto, o paciente requer meses para se adequar ao tratamento hemodialítico (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2012).

Diálise peritoneal (DP) para a realização da filtração do sangue, esse tipo de diálise utiliza-se do peritônio, membrana localizada dentro do abdômen que reveste os órgãos interno. A membrana peritoneal, que age como um "dialisador", é, na verdade, uma membrana semipermeável, heterogênea, contendo múltiplos e diferentes poros, com uma fisiologia e uma anatomia relativamente complexa (DAUGIRDAS et al., 2003). A DP consiste na utilização de solução de diálise, também chamada de "banho" de diálise, para a realização do processo de purificação. A solução de diálise passa da bolsa de plástico através do cateter para a cavidade abdominal, onde permanece por várias horas. A solução é então drenada e uma nova solução volta a preencher o abdômen, recomeçando o processo de depuração. Em geral, são feitas de 3 a 6 trocas de líquido durante o dia. Cada momento de troca entre as bolsas de solução de diálise deve ser executado cuidadosamente para que se evitem infecções (SAÚDE BIAZI, 2012).

Há vários tipos de diálise peritoneal: Intermittente, Ambulatorial Contínua e Contínua Assistida com Cicladora /Automatizada (JERONIMO et al., 2012). Esta última versão pode ser usada em UTI, por possuir monitores próprios e um sistema automático de funcionamento, eliminando a necessidade de troca constante, pois ela mesma tem a função de recuperação a infusão e a remoção do líquido infundido e assim sucessivamente, sendo



técnica usada em pacientes com acesso peritoneal permanente (MORTON; FONTAINE, 2013).

Embora existam diferentes tipos de diálise, todos os métodos são importantes e precisam de um acompanhamento médico rigoroso. No entanto, com base na situação clínica de cada paciente, a preferência por um ou outro método será decidida pelo médico em conjunto com o paciente e sua família, de acordo com o quadro clínico e estilo de vida.

4. DANOS CAUSADOS AOS PACIENTES EM TRATAMENTO DIALÍTICO

Durante o tratamento a equipe de enfermagem tem uma importância primordial, pois deve acompanhar diretamente e orientar estes pacientes quanto às infecções e complicações que podem ser causadas pela hemodiálise. Assim, de acordo com Breitsameter, Thomé, Silveira (2008) depois dos problemas de ordem renal, as infecções caracterizam o principal motivo de internação dos pacientes renais crônicos, pois estes são geralmente imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecções, além de possuírem maior risco devido aos acessos venosos para hemodiálise.

Febre e calafrios apresentam-se em pacientes em tratamento hemodialítico, principalmente por serem imunodeprimidos e mais suscetíveis a apresentarem algum processo infeccioso. Quando a febre se apresenta baixa durante uma sessão, pode ser consequência da ação de pirogênios presentes na solução dialítica, e não que seja necessariamente uma infecção verdadeira. A evolução da febre é que vai diferenciar a reação pirogênica de uma infecção. Um paciente que apresenta ação pirogênica é afebril antes de iniciar a sessão, apresenta febre baixa durante e a mesma cessa ao término. Pacientes acometidos com alguma infecção, são febris antes de iniciar a sessão, sem mantê-lo nesse estado e a febre permanece após o fim da sessão hemodialítica (SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013).

Para Daugirdas, Blake e Ing (2008); e FERMI (2010) a dor torácica discreta, frequentemente associada a dor lombar discreta ocorre em 1% a 4% das sessões de diálise, sua etiologia é desconhecida, mas pode estar relacionada com a ativação do complemento (reação de imunidade do organismo, função que envolve a estrutura da imunoglobulina e que ativa as respostas humorais). Não há estratégia de tratamento ou prevenção específica, embora possa ser benéfico substituir a membrana do dialisador por uma de outra variedade.

A hipotensão é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário da grande quantidade de líquidos que é removida do volume plasmático durante uma sessão rotineira de diálise, ela ocorre devido à alta quantidade de volume filtrado, ou pode estar frequentemente associada a fatores que favorecem a diminuição do débito cardíaco e da resistência vascular periférica tais como: elevada taxa de ultrafiltração, diminuição da osmolaridade, temperatura do dialisado, redução de volume nos vasos, hiponatremia, aumento de substâncias vasodilatadoras e diminuição de vasoconstritoras (CAPLIN; KUMAR; DAVENPORT, 2011; TERRA et al., 2011).

As cãibras são consequências do extravasamento acelerado de líquidos e eletrólitos para o espaço extracelular em decorrência de hipovolemia e hipotensão, na maioria das

vezes, elas aparecem concomitantemente com as crises de hipotensão e podem persistir mesmo após o controle da pressão arterial. Outros fatores que podem levar a episódios intensos de cãibras são: pacientes com peso seco abaixo do normal, desidratação em nível inferior ao peso seco e solução dialítica pobre em sódio (NASCIMENTO; MARQUES, 2011).

Para Terra et al. (2010) a cefaleia um sintoma frequente em pacientes com IRC submetidos à Hemodiálise. As causas mais encontradas são: a hipertensão arterial, hipotensão arterial, alterações no peso corporal e ansiedade. Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato.

Náuseas e vômitos são ocorrências comuns e ocorrem em até 10% dos tratamentos de rotina de diálise, constituindo que sua etiologia seja multifatorial. A maioria dos episódios em pacientes estáveis possivelmente esteja relacionada à hipotensão, como podem ser também uma manifestação precoce da síndrome do desequilíbrio. Caso prosseguirem as náuseas e vômitos pode-se administrar um antiemético (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

A hipertensão arterial é um dos fatores que agrava e piora o funcionamento renal, sendo capaz de causar dano renal e progressão da IRC, independentemente da doença de base. Aproximadamente 80% dos pacientes portadores de IRC desenvolvem hipertensão arterial (ANDRES; FORTUNY, 1994). É sabido que a alteração da pressão arterial tem relação direta com o nível de ansiedade e sentimentos do paciente. Ressaltando essa relação Nascimento e Marques (2005) refere que a hipertensão durante a diálise é geralmente produzida por ansiedade, excesso de sódio e sobrecarga de líquidos

Segundo Fermi (2010), o prurido é a manifestação mais comum na IRC, e tem sido atribuído ao efeito tóxico da uremia na pele. As toxinas urêmicas circulantes são responsáveis pelo prurido, e um produto cálcio-fósforo elevado também pode contribuir para este sintoma. Alergia a heparina também pode ser causa do prurido. Para diminuir a manifestação do prurido enfermagem deve administrar anti-histamínicos conforme prescrição médica, analisar a pele dos pacientes em busca de lesões causadas.

Portanto as alterações hemodinâmicas, hidroeletrólíticos e a falta de funcionamento normal dos rins que se tornam incompatíveis para manter a vida, passam a ter a necessidade de ser ajustados com a hemodiálise de acordo com as características de cada paciente. São fatores importantes e principais que podem influenciar o aparecimento das diferentes intercorrências.

5. ENFERMAGEM E SEU PAPEL JUNTO AO PACIENTE EM TRATAMENTO

De acordo com a Portaria nº 154 de 15 de Junho de 2004 a qual estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para o cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde, é regulamentado que na unidade de Hemodiálise deve haver um médico nefrologista para cada 35 pacientes com título de especialidade registrado no Conselho Federal de Medicina, um enfermeiro para cada 35 pacientes devendo possuir treinamento em diálise reconhe-



cida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de Hemodiálise (BRASIL, 2004).

O profissional de enfermagem exerce papel importante nas terapias dialíticas, tanto antes do procedimento, durante e após estas terapias. Tem contribuição primordial para identificar os sinais clínicos da IRA, através da anamnese e exame físico, onde pode identificar inúmeras causas que podem levar o paciente a desenvolvê-la, onde pode intervir para se restaurar o estado fisiológico normal do indivíduo, tendo em vista que a identificação precoce das causas pode melhorar o prognóstico do paciente com distúrbios renais. Assim, boas práticas envolvem a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico que é submetido a terapias dialíticas, sendo essencial para desenvolvimento de um cuidado de qualidade, pois auxilia no processo de organização da assistência (MORTON; FONTAINE, 2013; OLIVEIRA et al., 2008).

Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente até a saída deste da sessão de hemodiálise. Deve-se recepcionar o paciente ao chegar à unidade de diálise, sempre observando seu aspecto geral e realizando uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, encaminhar o paciente à máquina, verificar sinais vitais; auxiliares e/ou técnicos devem comunicar qualquer alteração para o enfermeiro responsável, conversar com o paciente sobre qualquer sintoma que ele tenha sentido desde a última diálise, etc. e se não houver restrição iniciar a sessão de diálise. Na avaliação pós-hemodiálise deve-se cuidar para sinais de sangramento no local da punção venosa, checar sinais vitais, verificar o peso, não permitir que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico, etc. (LIMA; SANTOS, 2004).

Durante a sessão de hemodiálise a equipe deve estar atenta ao monitoramento dos sinais vitais, anti-coagulação, funcionamento adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo dialisado), conforto do paciente, intercorrências, queixas e dúvidas dos pacientes, solicitação do médico quando necessário, e a enfermeira deve realizar a supervisão dos auxiliares e técnicos da equipe (BIALESKI; CORRÊA, 1999).

Durante a realização da diálise, é a equipe de enfermagem é a responsável pela inserção do cateter endovenoso na FAV. Usualmente, a primeira punção é realizada pela enfermeira, tendo em vista que posteriormente, dependendo das condições do acesso, os técnicos ou auxiliares de enfermagem treinados realizam as punções (BULECHECK; MC CLOSKEY, 2000).

Relacionando na inserção do cateter endovenoso na FAV, os autores Bulecheck e Mc Closkey (2000) salientam que abrangem as seguintes atividades: Verificar a prescrição médica para hemodiálise; Instruir o paciente sobre o procedimento; Manter a técnica asséptica rígida; Identificar se o paciente é alérgico a álcool, iodo ou à fita adesiva; Escolher agulha apropriada para a FAV do paciente; Fazer torniquete acima dos locais de punção; Fazer anti sepsia da área, previamente lavada com água e sabão, com álcool a 70% ou outra solução padronizada; Inserir as agulhas respeitando as devidas distâncias entre as agulhas e anastomose vascular; Observar retorno sanguíneo; Remover o torniquete; Fixar as agulhas com fita adesiva; Conectar as agulhas às linhas venosa e arterial da hemodiálise e manter as precauções universais.

Para Vila (2002), a equipe de enfermagem que se sente capaz para esta tarefa deve saber que é necessário o crescimento e desenvolvimento interior de si mesmo para então ajudar o outro a crescer, deve-se estar aberto, alerta, preocupado em perceber, em sentir, ouvir, em viver com o outro, pois a enfermagem executa inúmeras funções no gerenciamento da hemodiálise, não sendo possível desta forma separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se auto completam visando à melhor assistência ao cliente.

Nesse sentido, o enfermeiro tem o papel imprescindível no que se refere às intervenções assistenciais do cuidado ao paciente, pois está à frente do planejamento e execução desses cuidados. O enfermeiro deve estar atento e sensível às fragilidades e sentimentos dos pacientes como: negação, frustração, depressão, entre outros. Mediante a isso, cabe ao enfermeiro identificar essas alterações e levá-las em consideração ao planejar ações educativas que auxiliem o enfrentamento da doença e favoreçam a adesão ao tratamento (SILVA et al., 2011).

O enfermeiro deve enfatizar as orientações quanto ao cuidado em manter o peso corporal, a fim de evitar sobrecarga hídrica e morte prematura devido a complicações cardiovasculares. Nesses casos, deve explicar que sopa, sorvete, chá, café, água de coco, legumes e frutas com muita água como (tomate, laranja, melancia, alface, abacaxi), devem ser inclusos no volume total de líquidos ingeridos (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011b)

A realização de atividades físicas cotidianas é fundamental para diminuição da pressão arterial, função cardiovascular e melhora da qualidade de vida. Entretanto, somente deve ser realizada se o paciente apresentar condições físicas adequadas. A prática de exercícios por hipertensos é bastante recomendada, de 30 a 60 minutos. (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

O enfermeiro deve reconhecer o paciente não como agente passivo receptor de cuidados, mas sim, o agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvido no desenvolvimento do seu plano de cuidados. Vale ressaltar que os profissionais participantes devem buscar continuamente aprimorar os cuidados ofertadas com base em inovações científicas, sendo isso uma responsabilidade de toda a equipe para com os pacientes. (PEREIRA, 1979).

6. CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe à tona o tema assistência de enfermagem humanizada aos pacientes em tratamento dialítico. Justificou-se o tema escolhido por se tratar de um instrumento fundamental ao enfermeiro que atua em clínica de hemodiálise, dessa forma é relevante destacar as complicações que ocorrem durante as sessões da diálise peritoneal, da hemodiálise e a assistência de enfermagem prestada aos pacientes portadores de insuficiência renal crônica.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa buscou resposta para o seguinte problema: Como se desenvolve a atuação de enfermagem frente aos pacientes em tratamento dia-

lítico? Teve como objetivo descrever a assistência de enfermagem a pacientes em tratamento dialítico, para tanto, três capítulos descreveram um pouco sobre funções da diálise peritoneal e hemodiálise, as consequências e os danos causados aos pacientes em tratamento dialítico e a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediatório juntos aos pacientes em tratamento dialítico.

Sobre a hemodiálise e diálise peritoneal, surgiu como o principal tratamento hemolítico e com isso minimizar os agravos causados pelo mau funcionamento dos rins, a hemodiálise tem como função a filtração dos líquidos extracorporais do sangue realizado por um instrumento por nome dialisador, que tem o objetivo de substituir as funções renais, entretanto a diálise peritoneal filtra o sangue utilizando do peritônio e essa membrana vai agir como um dialisador natural. Todos os métodos são importantes e precisam ser acompanhados constantemente.

Em relação aos danos causados aos pacientes, podemos afirmar que as infecções caracterizam o principal motivo de dano, pois os mesmos estão geralmente imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecção. Algumas complicações podem ser citadas como: febre, calafrios, dor torácica, hipertensão, câimbras, cefaleias, náuseas, vômito, hipertensão e prurido.

A respeito da importância da enfermagem junto aos pacientes em tratamento, torna-se importante salientar que o profissional de enfermagem exerce um papel importante nas terapias dialíticas tanto antes do procedimento quanto durante e após estas terapias, esses cuidados envolvem sistematização desde a entrada do paciente até a saída da sessão, portanto o enfermeiro deve estar atento e sensível as fragilidades e sentimentos dos pacientes.

Mediante o estudo realizado, a capacitação adequada de enfermagem em tratamento dialítico, reflete diretamente na qualidade da assistência. A luz da teoria exploradas na fundamentação teórica desta pesquisa bibliográfica, torna-se possível afirmar que os objetivos específicos e geral foram alcançados neste estudo científico.

Por mais que tenham ficado explícitos os benéficos que a assistência de enfermagem para os pacientes dialítico podem proporcionar as organizações, por meio deste estudo bibliográfico, é possível avançar em novos estudos que possibilitam suas aplicações. Assim, como propostas para futuras pesquisas, sugere-se que novos estudos mais aprofundados que possam ser realizados como: qualidade de vida dos pacientes em tratamento dialítico; educação continuada em centros de hemodiálise; os benefícios da assistência correta aos pacientes em tratamento hemolítico.

Referências

ARULKUMARAN, N; MONTERO, R.M; SINGER, M. Management of the dialysis patient in general intensive care. **British Journal of Anaesthesia** 108 (2): 183-92 ,2012.

DIAS, Alciene Gonçalves; CABRAL, Maria Lídia Silva; BRASILEIRO, Marislei Espíndula; D.Sc.**; CABRAL, Karynne Borges. Cuidados de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico: uma abordagem geral do cuidado e de suas complicações. **Enfermagem Brasil Janeiro / Fevereiro 2013**;12(1).

FREITAS EA, FREITAS EA, SANTOS MF, FÉLIS KC, MORAES-FILHO IM, RAMOS LSA. Assistência de enfermagem visando a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos na hemodiálise. **Revista Inic Cient Ext.** 2018; 1(2): 114-21.

FREITAS, Rafaela Lúcia da Silva; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. Carpe Diem: **Revista Cultural e Científica do UNIFACEX.** v. 14, n. 2, 2016. ISSN: 2237 – 8685. Paper avaliado pelo sistema blind review, recebido em 29 de Novembro de 2015; aprovado em 06 de Maio de 2016.

GULLO, Aline Beatriz Moreira; LIMA, Antônio Fernandes Costa Lima; SILVA, Maria Júlia Paes. reflexões sobre comunicações na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Revista.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 209-12, jun. 2000.

JERONIMO, R. A. S; et al. **Técnicas de UTI.** 2 ed. São Paulo, Rideel, 2011.

JESUS, Nadaby Maria; SOUZA, Gracielly Ferreira de; MENDES-RODRIGUES, Clesnan; NETO, Omar Pereira de Almeida; Rodrigues Deusdélia Dias; MAGALHÃES, Cunha Cristiane MARTINS. **Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico.** Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.) 2019;41(3):364-374.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais freqüentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm** 2005 nov-dez; 58(6):719-22.

MASCARENHAS, Nildo Batista; PEREIRA, Álvaro; SILVA, Rudval Souza; SILVA, Mary Gomes. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira Enferm, Brasília** 2011jan-fev;64(1):203-8.

PIRES, Mônica Gonçalves; MENDES, Nairliana Kelly Lima; RIBEIRO, Sâmila Rebecca Araripe; SOMBRA, Isabelle Cordeiro De Nojosa. O papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico the role of nursing in patient assistance in hemodialytic treatment. RETEP - **Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, 2017; 9(3): 2238-2244.

PRETTO CR, WINKELMANN ER, HILDEBRANDT LM, BARBOSA DA, COLET CF, STUMM EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. **Revista. Latino-Am. Enfermagem.** 2020;28:e3327.

RUBACK, Thais Mendes; MENEZES, Marisa Gonçalves Brito; ARAÚJO, Meiriele Tavares. diagnósticos de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal CRÔNICA. **SynThesis Revista Digital FAPAM,** Pará de Minas, v.5, n.5, 302 - 327, abr. 2014.

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC,** Araguaína, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013.

SANTOS, Kerolaine Alexandra Soares dos; SOUZA Willdran Bezerra de, SILVA, Carla Sousa da; ALVES, Andreia do Amaral; FORTES Gabriela Noronha; FORTES Marcos Fraga; OLIVEIRA, Patrícia Mineiro de; VALENTE, Antonia Regiane Pereira Duarte. Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em pacientes com comorbidades **Main complications during hemodialysis sessions in patients with comorbidities. Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v.7, n.2, p. 14066-14079 feb. 2021.

TERRA, Fábio de Souza; COSTA Ana Maria Duarte Dias; FIGUEIREDO Estevão Tavares de , Morais Alline Moterani de, COSTA Marina Dias, COSTA Rosane Dias. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Revista Bras Clin Med** 2010;8(3):187-92.

SANTANA, Suellen Silva; FONTENELLE, Taynnkelle; MAGALHÃES, Larissa Maciel. assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Revista Científica do ITPAC,** Araguaína, v.6, n.3, Pub.5, Julho 2013.

CAPÍTULO 35

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO COMBATE A VIOLENCIA CONTRA MULHER

***NURSING PERFORMANCE IN FIGHTING VIOLENCE AGAINST
WOMEN***

Iasmin Soares da Silva¹

Mariana Farias da Silva Lima¹

Audiane Ramos da Silva¹

Matheus Lima Moreira²

Ana Carolina Mesquita Marinho Rodrigues¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

A violência contra a mulher sempre esteve presente na história da humanidade, desde a antiguidade, a mulher vem sendo subjugada por seus parceiros e pela sociedade em geral, sendo definida como 'sexo frágil', dados estatísticos apontam que a cada 7.2 segundos uma mulher é vítima de violência física no território brasileiro e o confinamento fez esse número dobrar. O objetivo que norteia este trabalho é: compreender o papel do enfermeiro na assistência as mulheres vítimas de violência. Trata de uma pesquisa de revisão bibliográfica, realizada através de dados coletados nas bases de dados eletrônicas: scielo, pebmed, lilacs, periódicos, estabeleceu-se como critério para inclusão dos estudos no processo de análise, os cruzamentos dos seguintes termos descritores: 'atuação', 'enfermeiro' 'violência', 'mulher', publicados entre 2015 a 2022. estudos aqui elencados, conclui-se que a atuação do enfermeiro é de suma importância, haja vista que ele tem o primeiro e mais recorrente contato com as pacientes e dessa forma através da escuta qualificada, empatia e o vínculo no acolhimento, ferramentas essenciais para o atendimento e resolução do problema em casos de violência doméstica, entretanto ainda se faz necessário inclusão de novas metodologias de abordagem e resolução desses casos.

Palavras-chave: Enfermagem; Violência contra Mulher; Covid-19.

Abstract

Violence against women has always been present in the history of humanity, since ancient times, women have been subjugated by their partners and by society in general, being defined as the 'weaker sex', statistical data indicate that every 7.2 seconds a woman is a victim of physical violence in Brazilian territory and confinement has doubled that number. The objective that guides this work is: to understand the role of nurses in assisting women victims of violence. This is a bibliographic review research, carried out through data collected in electronic databases: scielo, pebmed, lilacs, periodicals, it was established as a criterion for inclusion of studies in the analysis process, the crossings of the following descriptors: 'performance', 'nurse', 'violence', 'woman', published between 2015 and 2022. studies listed here, it is concluded that the nurse's performance is of paramount importance, given that he has the first and most recurrent contact with patients and thus through qualified listening, empathy and bonding in the reception, essential tools for the care and resolution of the problem in cases of domestic violence, however, it is still necessary to include new methodologies of approach and resolution of these cases.

Key-words: Nursing; Violence against women; Covid-19.



1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher sempre esteve presente na história da humanidade, desde a antiguidade, a mulher vem sendo subjugada por seus parceiros e pela sociedade em geral, a desigualdade de gênero colabora para a formação da base de todos os tipos de violência, as posições de liderança, os papéis sociais existentes, o governo de sua própria casa, no ideal familiar, é sempre representado pela figura masculina, que era tida como soberana e irrefutável, sua vontade era tida como lei inquestionável e suprema.

Onde a mulher, inclusa nesse lar, é violentada, mas, muitas vezes por não ter conhecimento de que está sendo abusada, por não saber os tipos de violência existentes, por medo e até mesmo por vergonha, não denunciam, é neste ponto que devemos contar com a sensibilidade da equipe de saúde que está em contato com essas mulheres, onde todos os profissionais devem estar envolvidos, evidenciando neste trabalho, a atuação do enfermeiro na assistência dessas mulheres, que devem ser devidamente atendidas e acolhidas para que a assistência seja eficaz, que possa suprir todas as necessidades da vítima.

O objetivo geral que norteia este trabalho é: compreender o papel do enfermeiro na assistência as mulheres vítimas de violência, para alcançar esse objetivo geral, temos os objetivos específicos que são; conhecer os tipos de violência existentes; destacar como a pandemia influenciou no aumento da violência contra a mulher, refletir sobre os desafios encontrados pelo enfermeiro durante a assistência a mulher violentada.

Este trabalho se trata de uma pesquisa bibliográfica, a fim de discutir e enfatizar a compreensão sobre o tema em questão, para elaboração deste estudo será realizada uma busca na literatura por artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso, que analisassem a atuação da enfermagem diante de uma mulher vítima de violência, para a seleção de estudos que irão compor o presente trabalho, foram realizadas algumas buscas através das bases de dados eletrônicas: scielo, pubmed, lilacs, periódicos, estabeleceu-se como critério para inclusão dos estudos no processo de análise, os cruzamentos dos seguintes termos descritores: "atuação", "enfermeiro" "violência", "mulher", os artigos selecionados deverão apresentar relação com o tema, títulos e resumos, deverão corresponder aos descritores prescritos, assim como devem ter sido publicados entre 2015 a 2022.

2. VIOLENCIA CONTRA MULHER: RAIZES HISTÓRICAS E SUAS FORMAS EXISTENTES

Mesmo não existindo uma data específica para seu aparecimento, a violência sempre esteve presente no cotidiano das mulheres desde os tempos mais longínquos, desde a bíblia temos a mulher sendo vista como submissa ao homem, alguns religiosos a julgavam por ter comido o fruto proibido no Eden, na Grécia temos essa cultura de subjetividade é dada como consolidada, temos a demonstração descrita por (CAMPO; CORRÊA APUD LIRA, 2015) em suas pesquisas:

a primeira base de sustentação da ideologia de hierarquização masculina em relação à mulher, e sua consequente subordinação, possui cerca de 2.500 (dois mil e quinhentos) anos, através do filósofo helenista Filon de Alexandria, que propagou sua tese baseado nas concepções de Platão, que defendia a ideia de que a mulher pouco possuía capacidade de raciocínio, além de ter alma inferior à do homem. Ideias, estas, que transformaram a mulher na figura repleta de futilidades, vaidades, relacionada tão somente aos aspectos carnis (ALBURQUEQUE et al., 2021).

É possível perceber os padrões de uma sociedade machista presentes nesta pesquisa, demonstrando que as mulheres eram tidas apenas como objeto sexual para os homens, onde suas vontades eram ignoradas, subordinada a satisfazer os desejos de seus maridos, apenas para procriação, condicionadas a afazeres domésticos, preparar e servir as refeições e cuidar dos filhos (AMANCIO; BOMFIM, 2018, BUENO et al., 2022, CUNHA, 2014).

De acordo com Queiroz (2018), ver se que o principal objetivo da sociedade patriarcal era evidenciar a diferença entre os sexos, o homem viril, racional, com o dever de manter e proteger a prole e a mulher a sua sombra, frágil, ingênua, que jamais era permitido que tivesse qualquer atitude, comportamentos que se igualasse aos masculinos, como é o caso do adultério, considerado completamente aceitável para os homens.

Tavares (2012), cita em suas pesquisas que as mulheres já obtiveram muitas conquistas até as mais imagináveis, como por exemplo: a liberdade, a igualdade racial e sexual, o direito de ir e vir, o direito de estudar, de votar, de escolher com quem gostaria de se relacionar, o modo de se vestir, de trabalhar, a constituição federal de 1988 foi um dos eventos importante dessas conquistas, porém a muito objetivos ainda para conquistar, ainda temos alguns resquícios que não mudaram como por exemplo a violência.

Segundo Organização Mundial da Saúde (2014), a violência é definida como qualquer conduta tanto o ato praticado ou omitido que possa gerar qualquer tipo de dano físico, mental, sexual, direta ou indiretamente, qualquer tipo opressão, ameaças, coações, privação, tendo por proposito causar intimidação, punição ou humilhação, recusar a ela dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor próprio, sua estima, a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais, atingindo seus direitos a saúde, a vida, a preservação de sua integralidade física e psicológica, tanto na esfera pública quanto privada, sendo considerado um grave problema de saúde pública.

Existem cinco tipos de violência definidos, a mais comum é doméstica, Goto (2022) e Teixeira et al. (2017) afirmam que a mulher torna-se vítima da violência masculina primeiramente dentro de casa, ou seja em meio ao ambiente familiar, seus agressores são geralmente cometida pelo parceiro da vítima que possui (companheiro, marido, namorado, amante ou outros indivíduos conhecidos que possuem algum tipo de envolvimento amoroso com a sofrente), podendo incluir: abuso sexual, violência física, psicológica, negligencia e abandono.

Conforme o inciso I, artigo 7º da Lei n.º 11.340/2006, A violência física define-se por qualquer conduta que possa ferir ou debilitar a integridade ou saúde corporal da mulher, sua prática acontece com o uso da força física do agressor ou com o uso de armas, é tipo

de violência que deixa marcas no corpo da vítima, geralmente é a antecessora do feminicídio, podendo ser caracterizada por espancamento, atirar objetos, sacudir, apertar os braços, sufocamento ou estrangulamento, tortura etc.

Tavares et al. (2012) aponta que violência psicológica é aquela que não deixa marcas, quando a área afetada é a emocional, onde a auto estima é diminuída, acontece de forma contínua e debilita a saúde mental, prejudica e perturba seu desenvolvimento, degradando suas ações e controla seus comportamentos, decisões e crenças, são ameaças, humilhações, constrangimento, isolamento dos amigos e família, manipulação, vigilância constante, chantagem, insultos, violação de sua intimidade, exploração, ridicularização, proibi-la de trabalhar ou estudar, de sair, de viajar, divulgar sem sua autorização ou consentimento fotos ou vídeos íntimos também fazem parte deste tipo de violência (LIMA, 2018).

De acordo com o artigo 7, alínea III da lei Maria da Penha, a violência sexual é qualquer conduta que force a mulher a manter, presenciar ou participar de uma relação sexual não desejada, a indução a comercialização ou utilização, forçá-la a fazer sexo quando está doente, obrigá-la a fazer abortos, engravidar sem ter vontade ou algum tipo de planejamento, obrigá-la a se prostituir, a utilizar ou não algum tipo de método contraceptivo, por meio de chantagem, coação, suborno ou manipulação.

Também determinada pela Lei n.º 11.340/2006, a violência patrimonial é quando ocorre a destruição parcial ou total, retenção, subtração de bens da mulher assim como também instrumentos de trabalho, documentos pessoais, receber valores endereçados a ela e não repassar, esconder cartões de crédito, bancos e benéficos, rasgar fotos, roupas, controlar o dinheiro, deixar de pagar a pensão alimentícia, furtar, extorquir, danificar propositalmente objetos que a mulher utilize muito ou goste.

3. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A LEI MARIA DA PENHA

O conceito de violência tem evoluído ao longo dos anos, entretanto, o aumento dos atos não ficou de lado. Segundo Organização Mundial da Saúde (2014), a violência é dividida em três esferas: a auto infligida, aquela aplicada a si próprio; a interpessoal, a cometido por uma pessoa ou um pequeno grupo e a coletiva, provocada por grupos grandes.

A violência contra mulheres inclui vítimas somente do sexo feminino, de todas as idades, a doméstica se diz sobre parceiros e ex-parceiros e a intrafamiliar que se restringe a pessoas ligadas por parentesco consanguíneo ou por afinidade (TEIXEIRA et al., 2017; QUEIROZ et al., 2018).

Sobre os atos de violência contra a mulher, estes podem ser: agressões físicas, ameaças, destratos psicológicos, abusos, assédios e violência sexuais. Atos como humilhação, tapas, empurrões singelos ou rudes que resultem em qualquer hematoma ou até quebra de ossos, surras, ameaças de qualquer tipo, queimaduras, privação de direitos, opinião, sexo forçado por medo ou por coerção, espancamentos e tantos outros atos (CUNHA, 2014; QUEIROZ et al., 2018; BUENO, 2022).

Como constataram Amancio e Bomfim (2020), a violência contra a mulher, independente do momento de sua vida, é considerado um grave problema social e de saúde pública em proporções mundial, mesmo pois mesmo com a criação da Lei nº 11.340, “Lei Maria da Penha”, que induz coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, ainda são relatados inúmeros casos de violência, agressões físicas e psicológicas e consequentemente o feminicídio.

Os casos de violência se repetem sucessivamente e de certa forma fazem parte do cotidiano, sendo estampados em revistas, jornais e até com pessoas próximas. Segundo as autoras supracitadas a violência doméstica é fruto das relações desiguais entre homens e mulheres que, por óbvio, alcançam as dinâmicas familiares (AMANCIO; BOMFIM, 2020; QUEIROZ et al., 2018;).

Conforme os achados de Lima e Rodrigues (2022) os conflitos interpessoais também são fatores desencadeantes de tais agressões, uma vez que a desigualdade de gênero ainda é um fator predominante na área trabalhista e social, e as mulheres desde sempre foram vistas como ‘objetos’ e cujo propósito era serem submissas, portanto as mudanças na sociedade no decorrer dos anos também podem ser apontadas como fatores.

Segundo os dados do IBGE, o índice de violência doméstica com vítimas femininas é três vezes maior que o masculino e em quase 50% dos casos essa agressão pode posteriormente resultar em óbito. Levando-se em consideração as condições socioculturais, nota-se que mais da metade dos casos se dá com vítimas negras e de baixa renda, que sofrem grande descaso social (IBGE, 2018).

O ponto principal é que a violência está presente em todas as classes sociais, legitimado por uma estrutura social que preconiza a desigualdade de gênero e estabelece relações de poder desfavoráveis ao sexo feminino no âmbito trabalhista, institucional e doméstico, mostrando mais uma vez que a aplicação da lei não possui aplicabilidade plena no território nacional o que aumenta drasticamente o número de casos e óbitos de forma alarmante todos os anos (SOUZA et al., 2018; FORNARI et al, 2021).

Por esse motivo o estado vem inovando em leis, medidas preventivas e ações que buscam garantir e preservar a integridade física e a vida da mulher, tais qual a Lei Maria da Penha, lei essa que é atualmente uma das maiores medidas preventivas em âmbito nacional, a criação da Lei Maria da Penha se deu em meados de 1988 após a denúncia de Maria da Penha Maia Fernandes, mais uma vítima de agressão que infelizmente ficou paraplégica após inúmeras tentativas de homicídio cometidas por seu companheiro (SOUZA et al., 2018; DE JESUS et. al, 2021).

Após esse caso, o estado foi duramente pressionado pela Comissão Interamericana dos Direitos Humanos para adotar uma nova forma legislativa de definir e punir a violência de gênero, uma vez o crime continuava impune mesmo em âmbito internacional. Porém a lei só foi sancionada em 2006, tornando-se um dos principais avanços legislativos mundiais, por dispor de medidas sociais, preventivas, protetivas, repressivas e estabelecer ao Estado responsabilidade sobre a garantia de segurança as mulheres em espaço público e privado (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015; TEODORO, 2015).

A lei visa oferecer proteção e o acolhimento emergencial as vítima, garantindo um



amparo e assistência médica, psicológica legal que possibilite o isolamento do seu agressor, que deve ser intimado e cumprir pena por agressão, com essas medidas a violência passa a ser visto de forma integral (DE JESUS et. al, 2021; LIMA; RODRIGUES 2022).

Ainda que a lei apresente muitos avanços os casos de violência ainda são presentes na vida de milhões de brasileiras, principalmente pela fragilidade dos serviços prestados e às reações dos policiais e outras pessoas diante da situação e denuncia, pois muitas pessoas são incapazes de compreender porque as mulheres permanecem em relacionamentos abusivos mesmo que tenham amparo legal e conhecimento, embora superficial, sobre o quanto aquilo as agride psicológica, social e culturalmente, e a resposta não poderia ser diferente, muitas ainda acreditam existir amor e possibilidade de mudança em seus agressores (CERQUEIRA et al., 2015; SOUZA et al., 2018).

Embora os atos sejam repetidos muitas vezes e os hematomas físicos e psicológicos façam parte da rotina dessas mulheres, nem sempre elas veem essa ação como um ato de violência ou abuso, pois são comumente levadas a acreditar que são culpadas e principais responsáveis pela ação dos agressores, Devido ao seu comportamento inadequado ou por serem como são, algumas até acham que esse comportamento é uma forma de amor é cuidado, sem perceber que muitas vezes suas vidas correm perigo eminente.

3.1 Aumento dos casos de violência doméstica durante a pandemia do coronavírus

Com o surgimento do vírus da COVID- 19, a humanidade presenciou uma pandemia que parou o mundo e mudou a rotina, pensamentos e hábitos, os desafios desse mal ultrapassou as esferas sociais e políticas existentes, principalmente em países que nunca vivenciaram tal situação (NZFVC, 2020).

A falta de conhecimento, medicamentos para imunização ou até mesmo a ação sobre como lidar com tantas mortes, um avanço rápido e letal de algo até então desconhecido, propiciou que medidas como isolamento social fossem tomadas em todo o mundo, afim de evitar a propagação da doença e conseqüentemente mais mortes (CAMPBELL, 2020).

Essas mudanças, no entanto, influenciaram em inúmeros conflitos que conseqüentemente elevaram o índice de casos de violência doméstica a âmbito mundial. Embora a quarentena tenha salvo vidas, também influenciou na morte de muitas mulheres, uma vez que as vítimas estavam impossibilitadas de acionar socorro (Senhoras; Senhoras,2019; Campbell, 2020).

Os agressores em grande parte dos casos, cônjuges, muitas vezes usaram a desculpa de abuso de drogas, álcool, dificuldades financeiras, estresse e convívio para uma ação que além de ferir o corpo machuca a alma. Os estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde, apontaram que logo no primeiro mês de isolamento social os casos de violência contra a mulher cresceram consideravelmente e a tendência seria apenas aumentar ao logo do período emergencial, constituindo-se como um grande agravo na saúde pública a nível global (WHO, 2020).

Segundo o The Guardian (2020), o aumento dos casos de violência contra a mulher na pandemia, pode ser observado como um padrão repetitivo global, uma vez que países como Espanha e Reino Unido registraram aumento de quase 20% nos chamados a Linha de Apoio à Violência Doméstica, enquanto que na França, China e Brasil os números triplicaram em quase 36% em relação as comparações com anos anteriores (RFI, 2020; ALLEN-EBRAHIMIAN, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde a junção da violência doméstica com o confinamento social, afetou as vítimas nos mais variados níveis de saúde física, mental, sexual, social e reprodutiva (com aumento de infecções sexualmente transmissíveis, HIV e gravidez indesejada), uma vez que a violência sofrida nem sempre é física ou psicológica, mas as vezes se torna também sexual (WHO, 2014).

O medo, culpa, vergonha e os mais variados sentimentos induzem essa vítima a se sentir culpada, desvalorizada e principal responsável por tais atos, o único problema é que essa culpa desnecessário gera o silêncio que pode levar a óbito e outras tantas perversidades por omissão ou vergonha o que demanda maior atenção e acolhimento por parte dos profissionais de saúde (AAKVAAG et al., 2016).

Os achados de Bianchini (2020) corroboram com os de Senhoras; Senhoras (2019), ao chegarem em consenso que a lei ainda é muito falha sobre as punições, sendo necessário a implantação de ações e medidas judiciais mais eficazes e específicas, que priorizem a saúde e integridade da vítima, independente do período que o país estiver vivendo.

Torna essa vítima consciente da agressão é o primeiro passo da ação, pois a partir daí essa mulher tem autonomia e pode tomar uma atitude sobre a situação vivida, dessa forma, os cuidados prestados precisam ser acolhedor, esclarecedor e subjetivo, deixando claro que somente a vítima é responsável por suas escolhas, sem deixar de alertar sobre os riscos que corre (GEBARA, 2017; VIEIRA et al., 2015).

Sob essa perspectiva, entende-se que a situação de agressão leva a vítima a se sentir invisível e muitas vezes a induz ao confinamento interno e social, tornando-se totalmente desamparado da família e amigos, das leis e qualquer tipo de ajuda ou apoio mesmo que informal.

A ação dos profissionais de saúde nesses casos, pode ser tornar um fator decisivo e fundamental para a vida dessa mulher, uma vez que os sistemas de saúde implementam estratégias e respostas rápidas ao identificarem tais casos, agindo de forma preventiva e protetiva e garantindo a eficácia do trabalho policial.

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Segundo Machado et al. (2017), a percepção dos profissionais de saúde sobre os casos de violência doméstica ainda nos momentos iniciais possibilita uma melhor compreensão sobre os abusos e situações vivenciadas, permitindo que esse profissional haja de forma coerente e precisa com a vítima.



Tanto para vítimas que acham a situação normal, quanto para as que precisam de acolhimento para resgatar em sua autoestima após a agressão, é preciso que tomem consciência do problema e possam decidir não se impor mais a isso, através de ajuda e acompanhamento psicológico, judicial e parental, é de suma importância que essas vítimas nunca se sintam sozinhas, evitando assim retornar aos seus agressores por medo, amor ou dependência (MACHADO et al., 2017; SOARES et al., 2015).

No âmbito hospitalar, os enfermeiros muitas vezes atuam além de sua formação original, o que não seria diferente, mas relações de violência doméstica. Onde além de identificar a situação, precisam ser rápidos, precisos, empáticos, cautelosos e ajudar a preservar e salvar aquela vida. Esse momento entre a identificação e as primeiras ações necessita de toda atenção e humanidade possível, para que a vítima se sinta confortável e segura em discrepar sobre a ocorrência de agressão. Essas situações não são tão raras assim e acontecem todos os dias nos hospitais e clínicas brasileiras em intensidades leves a extremas (GEBARA, 2017; VIEIRA et al., 2015; NETTO et al., 2019).

O primeiro contato do enfermeiro após a identificação de caso de violência é acionar a equipe de prevenção, juntos ambos atuam da melhor forma para preservar e salvar a vida daquela mulher, com seu total consentimento. Haja vista que o feminicídio é a principal e mais alarmante forma de violência no País.

Dessa forma, a violência contra a mulher passa a ser vista como uma questão de saúde pública que requer total atenção e apoio de profissionais especializados em identificar, mediar e agir, sempre que necessário. Muitas vezes esse treinamento multidisciplinar, pode não só livrar a mulher de um relacionamento tóxico e abusivo, mas preservar sua vida e alertá-la sobre os perigos de continuar aquela relação (BRASIL, 2012, VISENTIN et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Esse aprendizado sobre violência, estratégias de defesa e formas de identificação, visa não só fortalecer os conceitos e definições de ações, estratégias e procedimentos, mas permite que os profissionais aprendam a agir quando esses casos chegarem até si, principalmente nos hospitais de rede pública, onde são mais frequentes, e possam proporcionar uma assistência de qualidade e digna às vítimas. Sendo assim, os estudos apontam que a maior virtude dos enfermeiros é empatia, saber ouvir, se colocar no lugar e respeitar a fragilidade e dor do próximo. Uma vez que só nos hospitais essas vítimas se sentem a vontade para relatar suas histórias e pedir por ajuda e socorro (SILVA et al., 2017; NETTO et al., 2019).

A atenção primária a saúde é atualmente uma das maiores identificadoras de casos de violência doméstica, principalmente por defender o vínculo familiar/ grupo/ profissionais e pacientes, fazendo com que as relações sejam melhoradas e haja construção de afeto, confiança e segurança, muitas das vezes sendo também o lugar onde essas mulheres se sentem a vontade de se abrirem em relação a violência que sofrem (BRASIL, 2012, VISENTIN et al., 2015; SILVA et al., 2017).

Os profissionais da saúde, são de extrema importância no caso de prevenção e identificação da violência contra a mulher, uma vez que função não é apenas socorrer, mas muitas vezes ajudar, ouvir e acolher, sendo dessa forma o primeiro contato dessa vítima com seus direitos, sendo dessa forma necessário o estabelecimento de confiança entre

ambos.

Além de atuar como ouvinte e agente protetor, muitas vezes o enfermeiro também assume o papel de advogado, ao instruir essas vítimas sobre seus direitos, leis e explicar que muitas situações em que vivem são abusos físicos e psicológicos que precisam ser denunciados. E enfrentar essa atuação é um grande desafio pois ainda há uma falta de recursos para lidar com essa situação, sendo necessário uma tomada de solução de uma equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores, psicólogos, terapeutas e outros (MACHADO et al., 2017).

Dessa forma, entende-se que a atuação desse profissional é de suma importância nos casos de prevenção à violência doméstica, pois além de terem conhecimento, estratégias e planejamentos de ações, são os que passam mais tempo com a vítima, podendo lhe prestar um atendimento mais humano e igualitário, além de mobilizar uma rede de proteção profissional, que busque evitar possíveis problemas futuros, o limites e potencialidades da prática ajudam a fortalecer e transformar o modelo assistencial e incluir revisões que permitam casa vez mais pautas como práticas de cuidado em saúde e enfermagem (VISENTIN et al., 2015)

Diante disso, conclui-se que ainda há uma necessidade de criar espaços de atuação dos enfermeiros no caso de prevenção a violência doméstica, uma vez que a abordagem temática na formação permite espaços de capacitação com melhor preparação profissional. Entretanto, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática, em outras temáticas e metodologias para observação dos resultados, visando a construção de aperfeiçoamento das atividades e ações que possibilitem e ressalvem a atuação dos enfermeiros nos casos de violência contra a mulher.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos aqui elencados, percebe-se que a violência contra mulher, embora seja um tema a muito abordado, ainda é muito frequentemente no cotidiano brasileiro e mundial, sendo considerado atualmente um dos maiores problemas mundiais de saúde, segundos os dados da OMS.

Isso porque a violência distingue inúmeros traumas e pode está ligada as formas: física, sexual e psicológica. Mesmo com as políticas públicas de saúde e as redes de enfrentamento da questão os números subiram consideravelmente no processo de isolamento durante a pandemia do Covid-19.

Diante disso, a atuação do enfermeiro é de suma importância no atendimento à essas mulheres, haja vista, que são uma peça fundamental no cuidado e bem estar das mesmas devido ao seu contato direto com a vítima. Entretanto, ainda são apontados nos estudos a necessidade de uma estratégia que melhore a formação continuada dos profissionais de enfermagem em relação a essa dinâmica, principalmente nas Unidade Básica de Saúde, visando melhorar a assistência, prestação de serviços profissional, acolhimento e preservação da vida dessas mulheres.



Referências

- AAKVAAG, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olf, M. (2016). **Broken and guilty since it happened: a population study of traumarelated shame and guilt after violence and sexual abuse.** *Journal Of Affective Disorders*, 204, 16-23.
- ALBURQUEQUE, Iara Maribondo, Ana Raquel Rosas Torres, José Luís Álvaro Estramiana, Alicia Garrido Luque; Dayane Mirelly Pereira Rodrigues. **Inquéritos policiais: tipos de violência contra as mulheres.** *Athenea Digital* - 21(1): e2703 (marzo 2021) -ARTÍCULOS-ISSN: 1578-8946
- ALLEN-EBRAHIMIAN, B. (2020). **China's coronavirus quarantines raise domestic violence fears.** *AXIOS*. disponível em: <https://www.axios.com/chinahttps://www.axios.com/china-domestic-violence-coronavirus-quarantine-7b00c3ba-35bc-4d16-afdd-b76ecfb28882.html>domesticviolence-coronavirus-quarantine-7b00c3ba-35bc-4d16-afddhttps://www.axios.com/china-domestic-violence-coronavirus-quarantine-7b00c3ba-35bc-4d16-afdd-b76ecfb28882.htmlb76ecfb28882.html.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm, acesso em: 25 de março de 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008.** – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 22/04/2022
- 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: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 20/03/2022
- BRASIL, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.** Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf>. Acesso em: 13/02/2022
- BUENO et al. **A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico.** In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021. ano 15. 2021. ISSN 1983-7364, pp. 93-109. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2021/07/anuario-2021-completov6https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v6-bx.pdf>bx.pdf. Acesso em: 18/04/2022.
- CAMPBELL, A. M. (2020). **An Increasing Risk Of Family Violence During The Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations To Save Lives.** *Forensic Science International: Reports*, 2.
- CUNHA, Barbara Madruga da. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero, Paraná,** 2014.
- DE JESUS Silva, S. B., Nunes da Conceição, H., Ramalho Oliveira, M., Teixeira Câmara, J., Reis Pinheiro Moura, L., dos Santos Silva, K., & Mourão Pereira, B. (2021). **Violência Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em um município do interior do Maranhão, Brasil:** 10.15343/0104-7809.202145056065. *O Mundo Da Saúde*, 45(s/n), 056-065. Recuperado de <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1042>
- FORNARI, Lucimara Fabiana et al. **Violência doméstica contra a mulher na pandemia: estratégias de enfrentamento divulgadas pelas mídias digitais.** *Rev. Bras. Enferm.* 74 (Suppl 1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gVWKQ6LYc6hffHxknL7QD3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20/04/2022
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020.** ano 14. 2020a. ISSN 1983-7364 Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1interativo.pdf>. Acesso em: 24/04/2022.
- GEBARA, C. **Intervenções psicossociais em violência doméstica: pesquisa qualitativa sobre aper-**

cepção social de mulheres vitimadas na cidade de petrópolis-rj. Rio de Janeiro, 2017.

GOTO, L. M. (2022). **A violência contra a mulher no contexto pandêmico.** *Revista Do Instituto De Políticas Públicas De Marília*, 8(Edição Especial), 51–66. <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2022.esp.p51>

LIMA, Sandra da Conceição da Silva., Rodrigues Jessica Silva. **A violência contra a mulher na perspectiva da Psicologia.** Escola de Saúde Pública do Ceará. *Revista de Psicologia*, Vol. 13, Nº .1, 2022 (págs. 139-153).

MACHADO MES et al. **Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo cited descritivo.** *Online braz j nurs [internet]* 2017 Jun [cited year month day]; 16 (1):209-21.

MORAIS BLA, GERK MAS, NUNES CB. **Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência.** *Nursing (São Paulo)* ; 21(240): 2164-2167, maio. 2018.

NETTO LA, Pereira ER, Tavares JMAB, Ferreira DC, Broca PV. **Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência.** *REME – Rev Min Enferm.* 2018[citado em: 21 de Jul. 2019]; 22: e-1149. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1292>>. DOI: 10.5935/14152762.20180080

SILVA NNF, Leal SMC, Trentin D, Vargas MAO, Vargas CP, Vieira LB. **Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência.** *Enferm. Foco* 2017; 8 (3): 70-74.

SOARES BL et al. **Reflexão sobre o papel do enfermeiro e a importância dos serviços de saúde no atendimento à mulher vítima pela violência.** *Rev. Enf. UFPE, Recife*, 2015.

TAVARES, Sonia Prates Adonski, **A evolução da mulher no contexto social e sua inserção no mundo do trabalho, orientador: Ivo Canabarro, 2012, 44 f.** Tcc (graduação) curso de historia, universidade regional do noroeste do estado do rio grande do sul, 2012, disponível em <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/2831/monografia%20-%20sonia%20tavares%20-%20unijui%20-%20evolu%20da%20mulher%20-%202012.pdf?sequence=1>, acesso em 22 de março de 2022.

TEIXEIRA, Sandra R. A. & Miranda, Andrea T.P.D. **Violência contra a mulher nos Estados da Bahia e Pará: experiências e desafios contemporâneos numa perspectiva comparada.** Bahia, 2017.

VIEIRA et al. **Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social.** *Rev. Latino-Am Enferm.* 2015.

QUEIROZ, Cleide Aparecida da Silva. **Lei maria da penha: uma análise da violência doméstica e familiar e os direitos humanos, 2018,** disponível em <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/12/lei-maria-da-penha-uma-analise-da-violencia-domestica-e-familiar-e-os-direitos-humanos.pdf>, acesso em: 25 de março de 2022.

CAPÍTULO 36

ALZHEIMER E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

ALZHEIMER AND NURSING CARE: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Evelyn Moreira Silva¹

Adriane Cristine Pires Freire¹

Ana Cláudia Rodrigues Alves¹

João Ancelmo Feitosa Vasconcelos²

Josuelem Sousa Louzeiro²

Leandro Rego Santos²

Naira Cristina França Melo¹

Wesley Carlos Coelho Vieira²

Luciana Coelho Carvalho Oliveira³

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão⁴

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

3 Mestre em Administração Pública e Privada pela Funcap Business School, Vitória-ES

4 Doutoranda em ciências da saúde FCMSC-SP, mestra em saúde e ambiente-UFMA, especialista em Saúde Mental e Saúde da Família- Estácio de Sá-RJ, MBA em Auditoria Hospitalar e Gerontologia-UNOPAR e especialista em Gestão de Políticas Baseadas em Evidências-Sirio Libanês-SP

Resumo

O aumento do envelhecimento populacional traz consigo alterações no perfil de adoecimento, sendo maior a incidência de condições crônicas de saúde, uma delas é a Doença de Alzheimer, enfermidade peculiar em pessoas idosas. Logo, os serviços de saúde bem como o profissional de enfermagem, devem estar preparados para atender a necessidade da população. O presente estudo tem como objetivo identificar as principais abordagens de enfermagem aos portadores de Alzheimer e aos seus cuidadores presentes nos artigos publicados em periódicos de saúde no período compreendido entre 2011 e 2021. Com o propósito de identificar na literatura presente as principais abordagens de enfermagem portador da Doença de Alzheimer. Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde. Utilizou-se os seguintes descritores booleanos: "Nursing Care" AND "Alzheimer disease" AND "Aged". Os resultados apresentam a importância do enfermeiro em todas as etapas do processo do cuidado, as principais dificuldades encontradas estão relacionadas a comunicação com o paciente, qualificação de profissionais além de estrutura e organização em Instituições de Longa Permanência. Destaca-se o estabelecimento de vínculo e boa comunicação com o paciente.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Doença de Alzheimer, Idoso

Abstract

The increase in population aging brings with itself changes to the disease profile, with a higher incidence of chronic health conditions, one of which is Alzheimer's disease, a peculiar disease in elderly people. Therefore, health services as well as nurses ought to be prepared in order to meet the population's need. What's more, the present study aims at identifying the main nursing approaches to Alzheimer's patients and their caregivers present in articles published in health journals between 2011 and 2021. Plus, aiming at identifying in the literature present the main nursing approaches with Alzheimer's disease. This is a literature review conducted in the electronic databases PubMed, Scielo and Virtual Health Library. The following Boolean descriptors were used: "Nursing Care" AND "Alzheimer's disease" AND "Aged". The results present the importance of nurses in all stages of the care process, the main difficulties encountered are related to communication with the patient, qualification of professionals in addition to structure and organization in Long-Stay Institutions. In the final considerations, there is the establishment of bonding and good communication with the patient.

Key-words: Nursing care, Alzheimer disease, Elderly



1. INTRODUÇÃO

A transição demográfica que ocorre atualmente caracteriza-se pela diminuição na taxa de fecundidade e redução na taxa de mortalidade juntamente ao aumento da expectativa de vida, que gera o aumento no número de idosos. Logo, ocorre maior demanda dos serviços de saúde em relação a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, exigindo assim maior compatibilidade entre os serviços e o perfil epidemiológico populacional (OLIVEIRA, 2019).

Nesta ótica, as principais doenças que estão relacionadas doenças cardiovasculares, osteoporose, neoplasias, e a demência. E de acordo com, pesquisas anuais, realizadas pela Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional do Alzheimer, no momento presente mais de 55 milhões de pessoas sofrem com demência em todo o mundo, e cerca de 10 milhões de casos são registrados a cada ano, além disso a demência mais comum hoje em dia é a doença do tipo Alzheimer (DA), as estatísticas afirmam que cerca de 60-70% da população, 65% das mortes são de mulheres com mais de 60 anos (OMS, 2021).

A Doença de Alzheimer caracteriza-se como uma patologia crônica neurodegenerativa, que compromete a saúde física, mental e social dos idosos, tornando-o um indivíduo dependente crônico, a doença foi descrita pela primeira vez em 1906, por um neuropatologista alemão Alois Alzheimer e leva consigo seu nome em sua homenagem (ALBUQUERQUE, 2015 apud TORRES, 2019).

A assistência de enfermagem é indispensável nos serviços de saúde. Para o êxito no plano assistencial, se faz necessário a compreensão completa de todos dos aspectos da patologia. A doença de Alzheimer, causa da perda de funções, levando o paciente a um quadro de incapacidade, que o faz dependente de cuidados mais rigorosos e dedicados tanto da equipe multiprofissional quanto de cuidadores domiciliares e/ou familiares (CORREA, 2016).

Como promotor da saúde o profissional de enfermagem, deve apresentar as devidas qualificações para o desenvolvimento de um plano de cuidado ao paciente, visando contribuir para maior imersão e no conhecimento dessa patologia com identificação dos fatores de risco, como quais melhorias precisam ser desenvolvidas para garantia da integralidade da assistência, com o envelhecimento de forma saudável e maior qualidade de vida dos pacientes, cuidadores e profissionais (TORRES, 2019).

Portanto, o estudo do tema tem como finalidade ampliar a compreensão sobre as práticas assistenciais de enfermagem voltadas ao portador da doença de Alzheimer, bem como contribuir para a construção do conhecimento técnico científico. No presente trabalho buscamos respostas ao seguinte questionamento: Como a assistência de enfermagem contribui para qualidade de vida e redução de agravos ao portador da doença de Alzheimer? Objetivou-se de forma geral, identificar as principais abordagens de enfermagem aos portadores de Alzheimer e aos seus cuidadores presentes nos artigos publicados em periódicos de saúde no período compreendido entre 2011 e 2021.

Buscamos através dos seguintes objetivos específicos: caracterizar os principais aspectos da assistência de enfermagem ao portador da doença; descrever a SAE aplicada a doença de Alzheimer e enumerar os principais desafios encontrados pelos profissionais de Enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura.

Utilizou-se como estratégia uma busca de descritores em saúde (DeCS) em inglês, juntamente com os operadores booleanos "Nursing Care" AND "Alzheimer disease AND "Aged". Para obtenção de dados foi realizada uma busca através das bases de dados eletrônicos PubMed, SciElo, BIREME e Elsevier, com o recorte temporal de 2011 a 2021.

2. ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico e psiquiatra alemão Alois Alzheimer, e intitulada em 1910 por Emil Kraepelin, um profissional renomado na área da neurologia. O neuropatologista descreveu as lesões cerebrais conhecidas como "emaranhados neurofibrilares" no cérebro de uma mulher com demência, admitida em sua clínica com lapsos de memória, afasia e desorientação, que evoluiu ao óbito quatro anos após o surgimento dos primeiros sintomas. (BALLARD et al., 2011).

Em seguida o neurologista, apresentou o estudo "Sobre Uma Enfermidade Específica no Córtex Cerebral", durante uma conferência de Psiquiatria na Alemanha. Caracterizando-a como uma doença de cunho neurológico e decorrente da demência, despertando assim maior interesse pelo assunto. Primeiramente acreditava-se que era uma doença que se apresenta somente na fase senil, porém, estudos mais recentes acrescentaram também como uma doença da fase pré-senil, por conta das evidências de degradação tecidual. (DUARTE; SANTOS, 2015).

Demência é um termo geral para um declínio em várias áreas do funcionamento mental, como memória, raciocínio e linguagem, tão extenso que interfere na vida diária. Não é uma doença específica, mas sim um grupo de sintomas que frequentemente acompanha uma doença ou condição de saúde. Os hábitos de vida interferem intensamente no desenvolvimento da doença. (BALLARD et al., 2011).

Em conformidade com a Associação Internacional da Doença de Alzheimer, existem outras categorias de demência como a d. vascular, d. corporal de Lewy e a d. front-temporal, sendo a mais conhecida delas a demência de Alzheimer. Cada pessoa experimenta a demência de seu jeito, mas, todas desencadeiam a incapacidade. Seja ela nas esferas física, cognitiva, social (ADI, 2022).

De acordo com Brunnet e Suddarth (2015), as alterações mais marcantes na DA, é a diminuição da acetilcolina, neurotransmissor essencial para o processo de memorização, sendo importante a relação entre a memória e o desempenho das funções cerebrais. A perda de memória é o sintoma mais preocupante, pois aparece de forma mais precoce afetando as atividades mais simples do dia a dia até as mais complexas.

Em clientes com DA, são observadas alterações neuropatológicas e bioquímicas específicas. Ocorre lesão neuronal principalmente no córtex cerebral, re-



sultando em diminuição do tamanho do encéfalo. São encontradas alterações semelhantes no tecido cerebral normal de idosos, porém em menor grau. As células que utilizam o neurotransmissor acetilcolina são afetadas principalmente pela DA. Ao nível bioquímico, observa-se diminuição da enzima ativa na produção de acetilcolina, que está especificamente envolvida no processamento da memória. (BRUNET; SUDDARTH, 2015, p.427)

As variações estruturais incluem os enovelados neurofibrilares, que são formados principalmente pelo acúmulo de proteína TAU. Essa proteína é responsável pela comunicação entre os neurônios, atuando na estabilização dos microtúbulos dos axônios, impedindo a fosforilação de uma enzima chamada Fosfolipase A2, de forma exagerada dessas estruturas. (VIEGAS, 2011). Essa enzima, tem sido utilizada como marcador biológico para identificação precoce por meio da coleta de sangue.

As placas neuríticas e as alterações do metabolismo amiloide, bem como as perdas sinápticas e a morte neuronal. Mudanças nos sistemas neurotransmissores, estão ligadas às alterações estruturais (disfunções patológicas) que ocorrem de forma desordenada na DA. A doença degenerativa contínua configurada pela perda de sinapses, de neurônios cerebrais e por depósitos de fibrilas de peptídeos de beta-amiloide extraneuronais (BRASIL, 2017).

Alterações anatomopatológicas como degeneração de estruturas e distúrbios celulares como a degeneração e funcionamento de proteínas geneticamente modificados por fatores genéticos e ambientais. Os mecanismos que causam a DA também estão intimamente relacionados a comorbidades pré-existentes, como por exemplo doenças cerebrovasculares que desencadeiam um comprometimento neuronal. Reações inflamatórias, fatores ambientais, estresse oxidativo, deficiência de estrogênio, fatores genéticos, epigenéticos e metabólicos e o fator neurotrófico do cérebro estão envolvidos como possíveis causas do desenvolvimento da doença (DE SÁ CAVALCANTI, 2012).

No que tange as fases da doença, a DA apresenta três fases progressivas e irreversíveis. 1) A fase mais leve/ fase inicial: o surgimento dos primeiros sintomas como perda de memória recente e mudanças de humor; 2) moderada: o paciente refere dificuldade de realizar atividades diárias; 3) fase grave: o indivíduo torna-se totalmente dependente, com perda significativa da capacidade de se alimentar, e se comunicar e realizar a higiene pessoal. (VIEGAS et.al, 2011).

O diagnóstico se dá através da anamnese criteriosa e/ou por meio de avaliação neuropsicológica. Nessa fase da vida com o processo de envelhecer, ocorrem mudanças comuns que poderiam ser classificados como sinais e sintomas. Por exemplo, esquecimento, lentidão, velocidade de processamento e memória episódica. O paciente deve apresentar pelo menos dois tipos de alteração seja no nível cognitivo, comportamental ou de personalidade. "O exame neurológico com enfoque na retrospectiva do paciente e no estado clínico atual busca de um plano de intervenções adequado" (FUENTES, 2014, p.327 e 328).

Os fatores de risco são:

MODIFICÁVEIS	NÃO MODIFICÁVEIS
Fatores vasculares	Lesão cerebral traumática grave
Diabetes mellitus	Baixa reserva cognitiva

Idade	Síndrome metabólica
Dislipidemia	Hipoperfusão cerebral ou doença cerebrovasccular
Obesidade	Síndrome de Down
Tabagismo	Portadores do alelo da apolipoproteína (APOE)-ε4
Baixa atividade física	Amiloidose cerebral
Baixa escolaridade	Raça (afro-americanos e hispânicos) – devido a uma combinação de fatores genéticos, disparidades de saúde e fatores socioeconômicos
Depressão	Perda auditiva

Fonte: (MOREIRA, 2020)

Mediante o exposto acerca da definição, fatores de risco, manifestações clínicas, e principais sinais e sintomas, tem-se um norte para o plano de cuidado, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Abordagem de enfermagem deve ser holística, o profissional deve ser capacitado para identificar as alterações tanto do paciente quanto do cuidador. A taxonomia NANDA, possibilita a definição de diagnósticos de enfermagem (SILVA, 2020), assim como protocolos estabelecidos para padronização da assistência.

3. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ALZHEIMER

“A SAE é uma metodologia científica que o profissional enfermeiro dispõe para aplicar conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência aos pacientes” (TANURE; PINHEIRO, 2011). A utilização desse método possibilita resultados positivos como a vida e/ou uma morte digna. Com o embasamento científico a equipe de enfermagem atua em busca da execução exitosa de um plano de cuidados. Definindo assim uma ferramenta utilizada com o objetivo de organizar o serviço prestado, o modo de pensar, o ambiente e os instrumentos disponíveis em que ocorre a assistência. (TANURE; PINHEIRO, 2011).

A palavra “processo” significa a ação de avançar/ sucessão de estados. Para que ocorra o processo de enfermagem é necessário que haja um método, neste caso a SAE. De acordo com as etapas descritas no processo de enfermagem, a saber: a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e avaliação das atividades, conforme a Resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem de 2009.

Tal organização foi descrita e implementada pela primeira vez pela pioneira da enfermagem no Brasil, Wanda de Aguiar Horta. Portanto para estudiosos, quando não há a implementação do processo de enfermagem não existe a definição e uma abordagem holística que possibilita o cuidado integral, logo haverá uma fragmentação na assistência (BARROS, 2016).

Amparado pela lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro é um agente promotor e restaurador de saúde este tem autonomia para elaboração estratégica de um plano de cuidados juntamente com a equipe interdisciplinar, como a realização da consulta de enfermagem. Cabe privativamente ao Enfermeiro a implantação, a organização, o planejamento e a avaliação do cuidado com o paciente (COFEN, 2000).

A primeira etapa do processo de enfermagem é a coleta de dados. Caracteriza-se pela obtenção de informações sobre o paciente, através de uma entrevista, a anamnese e do exame físico. Durante a anamnese dados detalhados como identificação, história de doenças já existentes, bem como tratamentos anteriores, antecedentes familiares. Nesta etapa também é solicitado exames de imagem para um detalhamento mais profundo (BARROS, 2016).

4. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À DOENÇA DE ALZHEIMER

“A cada 3 segundos um diagnóstico de demência é realizado”. A possibilidade de identificar a doença por meio de uma análise clínica rigorosa, mas, o diagnóstico definitivo só pode ser confirmado com a realização de uma necropsia. Essa informação nos deixa um alerta quanto a precisão e qualidade durante a definição do diagnóstico (ADI, 2022).

Para a realização da segunda etapa do processo, o diagnóstico de enfermagem, são necessárias competências básicas como empatia, respeito pelo ser humano, e envolvimento emocional, para identificar as inseguranças e dificuldades encontradas individualmente. Para avaliação de alterações cognitivas é realizado um teste chamado mini exame de estado mental (MEEM), neste teste examina-se a orientação espacial e memória tardia e recente do paciente. (LORENZINE, MONTEIRO, 2013)

A nota de corte é 18 para analfabetos; 21 para escolaridade de um a três anos; 24 para escolaridade de quatro a sete anos; 26 para mais de sete anos de escolaridade em comparação a 30 pontos no total. Mas vale lembrar que a baixa pontuação não necessariamente é demência; nenhum teste isolado fecha um diagnóstico. Um indivíduo em depressão ou em delirium pode interferir no resultado (VIGÊTA, 2011, p.3).

De acordo com Santos Louredo (2014) os principais diagnósticos de enfermagem relacionados a doença de Alzheimer são: Confusão crônica definida por deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, relacionado a Doença de Alzheimer, caracterizado por memória antiga prejudicada, memória recente prejudicada, prejuízo cognitivo progressivo.

O sono também é prejudicado, definido com várias interrupções da quantidade e da qualidade do sono limitadas pelo tempo decorrentes de fatores externos, caracterizado por mudança no padrão normal do sono e relacionado à falta de controle do sono. Tristeza crônica definida por padrão clínico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência, relacionado a experiência de doença crônica (física ou mental) (SANTOS, LOUREDO, 2014).

Além disso, enumera-se conhecimento deficiente definido por ausência ou deficiência de informação cognitiva, relacionado a falta de capacidade de recordar e limitação cognitiva, caracterizado por desempenho inadequado em um teste, seguimento inadequado de instruções. Risco de quedas definido por suscetibilidade aumentada para quedas que po-

dem causar dano físico, relacionado a estado mental diminuído. Risco de solidão definido por risco de desconforto associado a um desejo ou necessidade de maior contato com os outros, relacionado a isolamento físico e falta de energia emocional. Tensão do cuidador relacionada a carga excessiva de funções (SANTOS LOUREDO, 2016).

5. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ALZHEIMER

O alvo principal é manter o controle dos sintomas. As principais prescrições enumeradas são: orientação sobre higiene oral e corporal e também prevenção de úlceras, alteração de decúbitos, administração de ansiolíticos de acordo com a prescrição dada pelo médico. Os profissionais de enfermagem devem se atentar para os aspectos sociais e desenvolver atividades lúdicas que estimulem ou retardem as sequelas cognitivas (DE MATTOS, 2011).

De acordo com o estudo realizado por Correa et al. (2016.), as principais intervenções de Enfermagem, estão relacionadas com o intuito de realizar uma assistência integral ao paciente elaborando o cuidado com atividades essenciais da vida diária, como alimentação, ambiente, para evitar quedas, com a locomoção, socialização, cuidados com medicamentos, musicoterapia, controle da dor, melhora do sono, e arte terapia. Em todas as situações o enfermeiro tem papel fundamental na assistência ao portador de Alzheimer, e precisa estar ciente disto para a implementação das ações necessárias de forma resolutiva. (BRASIL, 2006)

Ações de enfermagem na atenção primária são essenciais. Neste caso ao enfermeiro atua juntamente com a equipe de estratégia de saúde da família, realização da visita domiciliar regularmente para aqueles que se enquadram na situação de vulnerabilidade como extrema pobreza, dificuldade de deambular e que não possui cuidador. Realização da avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou a Avaliação Global da Pessoa Idosa. Avaliação do estresse dos cuidadores, avaliação da funcionalidade familiar. Ações de educação em saúde para os cuidadores domiciliares. Elaboração de um projeto terapêutico singular, orientação e coordenação da equipe de enfermagem, encaminhamentos para outros profissionais quando detectado déficit cognitivo (DOS SANTOS LOUREDO, 2014; BRASIL, 2017).

Os profissionais de enfermagem são essenciais nas (ILP) as equipes multidisciplinares compostas por enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, nutricionista, psicólogo, agentes de limpeza. Ao enfermeiro compete a realização de tarefas administrativas, e educativas individuais e coletivas, assistenciais. Aplicação de instrumentos de que avaliem a biossegurança do idoso. A atividades de cuidados envolvem realizar o tratamento conforme prescrição medica (LORENZINI; MONTEIRO; BAZZO, 2013).

O tratamento visa a melhora cognitiva e funcional. Para o tratamento farmacológico utiliza-se inibidores de colinesterase e memantina para atrasar os sintomas. O uso de vitamina E, foi comprovada através de um estudo que melhora a atividade cerebral do paciente diagnosticado com Alzheimer leve e moderada (EPPERLY; DUNAY; BOICE, 2017).

No que diz respeito ao tratamento farmacológico o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer, destacou como os principais medicamentos utilizados



no tratamento de Alzheimer, os inibidores de acetilcolinesterase (Ach) entre estão Rivastigmina, Donezeplina e Galantamina, prescritos em casos de DA leve e moderada. Tendo em vista que a diminuição desse neurotransmissor (Ach), é importante para a perda cognitiva (BRASIL, 2017).

Para além de produtos sintéticos existem também os medicamentos de origem natural com Ginkgo biloba, Panax ginseng, Cenella asiática e Cúrcuma, apresentaram resultados positivos como neotropetores. Os desenvolvimentos de pesquisas com fármacos fitoterápicos acabam por deixar um leque maior de possibilidades terapêuticas. De acordo com a biodiversidade molecular de substâncias como quinoas, alcaloides, polifenóis e flavonoides (VIEGAS, 2011).

Para o tratamento não farmacológico as estratégias são a partir da estimulação de processos como a neuroplasticidade e neogênese, como exemplo com a adoção de um programa de exercícios físicos bem elaborado. Estudos comprovam que a prática regular exercícios físicos diminui sintomas em paciente com DA leve e moderada. Além disso o uso de atividades estimulantes do cérebro como leitura, dança, música (EPPERLY; DUNAY; BOICE, 2017).

Atividades como desenvolvimento de estímulos cognitivos, exercícios físicos, atividades sociais e organização do ambiente o tratamento tende a ser mais eficiente e em busca de desenvolver a auto-estima do cliente/paciente. Mas o tratamento específico para alterações específicas deve ser levado em consideração pelos profissionais. Nas primeiras fases a doença deve ser fornecido apoio emocional (ABRAZ, 2022).

6. DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO

A escassez de conhecimento da parte dos profissionais ainda é uma barreira, como apresentado no estudo realizado em Cuba, em uma instituição de longa permanência. A pesquisa desenvolvida envolvia profissionais com mais de 46 anos de idade e que já trabalhavam na área há mais de 10 anos, sendo assim pessoas experientes. Contudo foi observado que existe um déficit de conhecimento por parte dos profissionais, são estes: como elaborar um plano de cuidado adequado; como realizar o manejo clínico do paciente dentro da instituição ou fora dela. Portanto capacitação permanente da equipe equivale a maior ganho em benefício de todos (PATTERSON; MEDINA, 2021).

Outro ponto a destacar está relação à instrução de familiares e cuidadores domiciliares, com o exagero de atividades que fariam alguma melhora, gerando assim um quadro de sobrecarga mental. Essa demanda resulta na tensão do ambiente com risco para violência doméstica. Os estímulos cognitivos devem ser monitorados por profissionais da que acompanham o caso e individualmente selecionados de acordo como o estágio da doença. Vele destacar, que deve ser uma atividade agradável ao paciente (ABRAZ, 2022).

Outro desafio é a precariedade nas dependências em que os profissionais da saúde atuam. "A falta de infraestrutura física, de pessoal especializado para a avaliação cognitiva e comportamental, e de prevenção de infecções mostra a grande barreira para oferecer

um serviço de qualidade para os idosos das ILPIs” (LORENZINI; MONTEIRO; BAZZO, 2013).

Conforme estudo realizado por Alves et. al, (2017), a preocupação com um ambiente salubre advém de uma fragilidade na estrutura físico- organizacional das instituições de longa permanência e deixam a desejar. Gerando agravos em saúde e fatores de risco, quanto aos banheiros sem grade de proteção, um piso que evite quedas (antiderrapante), péssima iluminação do ambiente, prejudicando a produção adequada de cortisol e melatonina. Além disso móveis dispostos em desarmonia causam acidentes (ALVES et al., 2017)

Destarte, isso significa um retrocesso, na fundação da Enfermagem, Florence Nightingale, teve a preocupação com a manutenção do ambiente e desenvolveu a Teoria ambientalista. “Em seus escritos, Nightingale aborda o provimento de fatores para a manutenção de um ambiente favorável no sentido de facilitar o processo de cura e o viver saudável...” (MEDEIROS, 2015). Contudo, vale lembrar os limites dos profissionais, sendo estes, os recursos disponíveis a administração de recursos disponíveis e a responsabilidade dos demais membros da equipe multiprofissional (MEDEIROS, 2015).

Além disso, as dificuldades encontradas na implementação do cuidado. Estabelecer um vínculo com o paciente e o cuidador em busca de alcançar o cumprimento da proposta de cuidado estabelecido pela equipe multiprofissional. A enfermagem deve estar ao lado da família para construção de estratégias que minimizem o sofrimento mútuo (ILHA et al., 2016).

A dificuldade de comunicação e a perda de memória recente são sintomas geradores de sofrimento nos cuidadores familiares, a equipe de enfermagem deve dispor abordagens específicas cada pessoa e verdadeiramente apontam para um método mais simples de comunicação com frases curtas e simples, falar pausadamente, os profissionais devem orientar a família quanto a essas mudanças pois, muitos pensam, que a pessoa será a mesma de antes, porém não voltará a ser o mesmo. Sendo essa um desafio tanto para todos os envolvidos (ABRAZ, 2022).

A avaliação do estado de vulnerabilidade do idoso é imprescindível, esses aspectos constam com um dos principais desafios para a enfermagem. A importância da implementação de estratégias que busquem a valorização do humano, em aspectos éticos e legais que visam a integralidade da assistência. A exclusão social infelizmente faz parte da nossa sociedade e está intrínseca aos sérvios de saúde. A saúde é um direito de todos (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa partiu da identificação de fenômenos sociais e demográficos e do crescente número de idosos com diagnóstico de Alzheimer. Diante disto este estudo teve como objetivo geral, identificar as principais abordagens de enfermagem aos portadores de Alzheimer e aos seus cuidadores. Falar sobre a prática da enfermagem envolve uma gama de aspectos relevantes principalmente SAE, PE juntamente com a Doença de Alzheimer.



Como problema de pesquisa temos a seguinte pergunta: Como a assistência de enfermagem contribui para qualidade de vida e redução de agravos portador da doença de Alzheimer? Sendo assim, atuando forma organizada e centralizada nas necessidades de cada paciente individualmente, os profissionais em suas equipes desenvolvem estratégias que visam orientação dos cuidadores domiciliares e da família, aliviar os sinais e sintomas e assegurar conforto e qualidade de vida como desenvolver um vínculo com o paciente estimulando uma comunicação assertiva.

Diante da metodologia proposta a pesquisa poderia ter sido realizada de forma mais profunda para analisar aspectos abordados em artigos mais detalhados, como artigos mais específicos e pagos, conforme a limitação de tempo e recursos financeiros, só foi possível análise de artigos gratuitos. Recomenda-se ampliar o tempo, número de artigos analisados além do desenvolvimentos de mais estudos aprofundados sobre o tema.

Foram encontrados estudos realizados em diversos idiomas afirmando a importância dos cuidados de enfermagem para o paciente a família e a sociedade em geral, tal profissional é indispensável. Os estudos brasileiros são bastante relevantes e trazem informações preciosas, destacamos a realização de maiores incentivos a pesquisa no Brasil. Para isso destaca-se a educação continuada como fator decisivo no desenvolvimento profissional e desempenho no campo de atuação abordado neste estudo.

Referências

- ABRAZ: Associação Brasileira De Alzheimer. **Identificação e Manejo dos Sintomas**. 2022. Disponível em: <https://abraz.org.br/2020/orientacoes/lidando-com-os-sintomas/>
- ALVES, Manuela Bastos et al. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017
- BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite. **Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3 ed. Porto alegre. Artmed.2016
- BALLARD, Clive ; GAUTHIER, Serge; CORBETT, Anne; BRAYNE Carol ; ARSLAND, Dag ; JONES, Emma. **Alzheimer's disease**. (2011). Acessado em: 23/09/2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21371747/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, p.113-115, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 13, de 28 de novembro de 2017. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer**. 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Portaria_Conjunta_13_PCDT_Alzheimer_28_11_2017.pdf
- BRASIL. LEI nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**.
- BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. vol. I e II.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 272/2000. **Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem** — SAE. Brasília, DF: Cofen; 2000.
- CORREA, Luciana Póvoas et al. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPI**, p. 84-88, 2016.

- DE SÁ CAVALCANTI, José Luiz; ENGELHARDT, Elias. Aspectos da fisiopatologia da doença de Alzheimer esporádica. **Rev Bras Neurol**, v. 48, n. 4, p. 21-29, 2012.
- DE MATTOS, Carine Magalhães Zanchi et al. Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 16, n. esp, 2011.
- DOS SANTOS LOUREDO, Drielle et al. A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 271-281, 2014.
- DUARTE, E. DOS S.; SANTOS, J. J. DOS. A Equipe Multiprofissional No Suporte Ao Cuidador Do Portador Da Doença De Alzheimer. **MEMORIALIDADES**, n. 23, p. 89-112, 2015.
- EPPERLY, Ted D.; DUNAY, Megan A.; BOICE, Jack L. Alzheimer disease: pharmacologic and nonpharmacologic therapies for cognitive and functional symptoms. **American family physician**, v. 95, n. 12, p. 771-778, 2017.
- FUENTES, Daniel [et al.]. **Neuropsicologia: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Pagina 327, 328
- GALVAO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742014000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05/10/21.
- GIL AC. **Metodos e técnicas de pesquisa social**. 6a ed. São Paulo: Editora Atlas; 2010.
- ILHA, Silomar et al. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 138-146, 2016.
- LORENZINI, E.; MONTEIRO, N. D.; BAZZO, K. Instituição de longa permanência para idosos: atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 345-352, 2013. DOI: 10.5902/217976927169. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7169>. Acesso em: 19 abr. 2022.
- MAFFACCIOLLI, Rosana; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, 2018.
- MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luisa Brandão De Carvalho. Teoria ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola anna nery**, v. 19, p. 518-524, 2015.
- MOREIRA, Marcos; MOREIRA, Shirlene Vianna. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer: uma perspectiva neurológica. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 14, n. 3, p. 83-110, 2020.
- OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019.
- PATTERSON, Mabel Garzón; MEDINA, Ricardo Izquierdo. Conocimiento de las enfermeras comunitarias sobre cuidados de la enfermedad de Alzheimer. **Horizonte de Enfermería**, v. 32, n. 2, p. 108-117, 2021.
- SANTOS, George Luiz Alves et al. Implicações da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática profissional brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.
- SHIGIHARA, Yoshihito et al. Non-pharmacological treatment changes brain activity in patients with dementia. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2020.
- SILVA, Sabrina Piccineli Zanchettin et al. Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de alzheimer: uma revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 271, p. 4991-4998, 2020.
- SOARES, L. D.; ANDRADE, E. G. da S. Assistência de enfermagem ao paciente idoso com Alzheimer. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, [S. l.], v. 1, n. Esp, p. 155-161, 2018. Disponível em:
- SOARES, J. S.; CÂNDIDO, A. da S. C. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ALZHEIMER E AOS SEUS CUIDADORES: REVISÃO INTEGRATIVA DO PERÍODO 2005-2013. **Revista Enfermagem Contem-**

porânea, [S. l.], v. 3, n. 1, 2014. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v3i1.313. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/313>. Acesso em: 24 out. 2021.

SOBRE Alzheimer & Demencia | Alzheimer's disease International (ADI). Disponível em: <https://www.alzint.org/about/>. Acessado em: 04/04/2022

TANURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.p. 40-43.

VIEGAS, Flávia PD et al. Doença de Alzheimer: Caracterização, evolução e implicações do processo neuroinflamatório. **Revista Virtual de Química**, v. 3, n. 4, p. 286-306, 2011

VIGÊTA, Sônia Maria Garcia. Especialização em Saúde da Família: Demência- UNASUS. São Paulo. 2011

WHO. World Health Organization. **Dementia**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 23/09/2021.

TORRES, Edilene dos Santos; LIMA, Nilsiane Barros. **Assistência de enfermagem ao paciente com Alzheimer: a importância do vínculo entre paciente e família**. 2019.

FORLENZA, Orestes V.; DINIZ, Breno S.; GATTAZ, Wagner F. Diagnosis and biomarkers of predementia in Alzheimer's disease. **BMC medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2010

CAPÍTULO 37

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

THE NURSE'S ROLE IN HUMANIZED BIRTH

Ana Paula Silva Cunha Marques¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O processo de acolhimento vem recebendo um destaque importante no atendimento, como porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, exigindo cada vez mais dos profissionais. O objetivo geral do presente estudo é analisar o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento e as fundamentais características necessárias para um atendimento de qualidade. Torna-se de fundamental importância o preparo da parturiente para a proposta do parto humanizado desde o pré-natal, com o emprego das práticas humanizadas respaldado nas evidências científicas. Sendo assim a problemática que embasou esta pesquisa foi: Qual a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado? Tendo como objetivo geral: discutir a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado. E os objetivos específicos: estudar de maneira breve sobre a gravidez e ação do enfermeiro; entender as práticas que a equipe de enfermagem considera humanizadoras e apontar os cuidados necessários para dar uma assistência humanizada a parturiente e sua família, evidenciando o papel do enfermeiro. A pesquisa é do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica, com consultas em artigos publicados em bases de dados relevantes tais como: LILACS E SCIELO. Conclui-se que é de suma importância a participação da equipe de enfermagem no parto humanizado uma vez que o profissional de saúde no processo de acolhimento faz necessárias e evidentes aptidões peculiares assim como conhecer a realidade de sua demanda e das suas possibilidades para melhor atuar no processo de acolher o usuário.

Palavras-chave: Parto; Humanização; Enfermeiro; Saúde.

Abstract

The welcoming process has been receiving an important highlight in the service, as the user's gateway to the health service, demanding more and more from professionals. The general objective of this study is to analyze the profile of the health professional in the welcoming process and the fundamental characteristics necessary for quality care. It is of fundamental importance to prepare the parturient woman for the proposal of humanized childbirth since prenatal care, with the use of humanized practices supported by scientific evidence. Thus, the problem that supported this research was: What is the importance of the participation of the nursing team in humanized childbirth? Having as general objective: to discuss the importance of the participation of the nursing team in humanized delivery. And the specific objectives: to briefly study the pregnancy and the nurse's action; understand the practices that the nursing team considers humanizing and point out the necessary care to give humanized assistance to the parturient and her family, highlighting the role of the nurse. The research is descriptive, with a qualitative approach, carried out through a bibliographic review, with consultations on articles published in relevant databases such as: LILACS AND SCIELO. It is concluded that the participation of the nursing team in humanized childbirth is extremely important, since the health professional in the welcoming process makes necessary and evident peculiar skills as well as knowing the reality of their demand and their possibilities to better act in the process of welcoming the user.

Key-words: Childbirth; Humanization; Nurse; Cheers

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais, que se desenvolve de maneira saudável na maioria das vezes. Porém há alguns casos que por determinadas situações podem apresentar complicações, ao que pode ser denominada como gestação de alto risco, essa situação pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o feto.

Portanto faz-se importante a participação da equipe de enfermagem no parto humanizado um bom acompanhamento do enfermeiro juntamente com sua equipe voltado para a gestante de risco, prestando esclarecimentos de dúvidas que poderão surgir e orientações sobre as possíveis mudanças que ocorrerão no seu corpo no período da gravidez, prezando sempre a humanização do cuidado.

O tema em questão é de grande relevância, pois vem trazer um conhecimento e um discernimento maior sobre o parto humanizado e a importância do papel do enfermeiro neste momento ao mesmo tempo difícil e importante para a mulher e sua família. Torna-se de fundamental importância o preparo da parturiente para a proposta do parto humanizado desde o pré-natal, com o emprego das práticas humanizadas respaldado nas evidências científicas.

Sendo assim a problemática que embasou esta pesquisa foi: Qual a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado? Tendo como objetivo geral: discutir a importância da participação da equipe de enfermagem no parto humanizado. E os objetivos específicos: estudar de maneira breve sobre a gravidez e ação do enfermeiro; entender as práticas que a equipe de enfermagem considera humanizadoras e apontar os cuidados necessários para dar uma assistência humanizada a parturiente e sua família, evidenciando o papel do enfermeiro.

A pesquisa é do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, realizada através de uma revisão bibliográfica, com consultas em artigos publicados em bases de dados relevantes. Foram usados como descritores: Gravidez; Enfermagem; humanização e Parto humanizado.

2. A GRAVIDEZ

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais, que se desenvolve de maneira saudável na maioria das vezes. Porém há alguns casos que por determinadas situações podem apresentar complicações, ao que pode ser denominada como gestação de alto risco, essa situação pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o feto (SILVA et al., 2013).

Portanto faz-se necessário um bom acompanhamento do enfermeiro juntamente com sua equipe voltado para a gestante de risco, prestando esclarecimentos de dúvidas que



poderão surgir e orientações sobre as possíveis mudanças que ocorrerão no seu corpo no período da gravidez, prezando sempre a humanização do cuidado (MEDEIROS et al., 2016).

A gestação é um momento único na vida da mulher, durante esse período ocorre uma série de mudanças, entre elas tem as mudanças emocionais, que vem acompanhada por diversas manifestações de sentimentos, por este e outros motivos requer uma atenção especial. A relação que é estabelecida entre amigos, familiar e até mesmo nos encontros de pré-natal deixa a gestante mais esperançosa e emotiva em relação à chegada tão esperada de seu filho (FILHO; COSTA, 2013).

As mudanças no corpo e as modificações hormonais, que ocorrem no período puerperal, são geralmente bem conhecidas por essas as mulheres, não somente no sentido físico, mais também no emocional. Lidar com essas transformações, estabelece uma relação com a subjetividade e conhecimento do seu corpo em particular. Por esta razão deve ser oferecido uma atenção maior voltada para a mãe puérpera, analisando as suas particularidades vivenciadas no seu dia a dia, conhecendo melhor seu meio cultural e social, para que a forma de cuidar se evolua de uma maneira mais harmoniosa. Contudo vale ressaltar que a assistência durante o período puerperal por os profissionais de saúde, tem se mostrado muito importante e indispensável, diante das experiências cotidianas dessas mulheres (SALIM; ARAÚJO; GUALDA, 2010).

A gravidez é uma experiência digna e complexa e onde a mulher vivencia seus aspectos diferentes durante seu ciclo gravídico puerperal com alterações biológica e emocional que envolve o enfermeiro e a família dentro da estratégia saúde da família com qualificação do profissional oferecendo-lhe os cuidados centrados nas necessidades da gestante com dignidade a o pré-natal adotando um programa voltado á saúde da mulher com o estímulo da participação da equipe de enfermagem prestando lhe uma assistência materna e neonatal. (DUARTE; MAMEDE, 2012).

A gestação é um período muito delicado e algumas vezes até complicado para a vida de uma mulher, pois tudo em seu corpo sofrerá transformações.

O modo como a maternidade ocorre põe frequentemente a gestante perante novas emoções, pensamentos, angústias e alegrias. Os medos pertinentes com a perda do recém-nascido, da sua própria autonomia, contrastam e equilibram – se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe. Esse período, que vai da gravidez até o pós-parto distingue-se, para a mulher, como um conjunto de alterações biológicas, psicológicas, sociais e sexuais intensas, (GOZZO et al., 2000)

Apesar de existir muitas mudanças no período gestacional é preciso que os profissionais de enfermagem compreendam este cenário da mulher, buscando uma assistência prestada com qualidade, e um atendimento digno, com todas as informações do momento que ela se encontra, oferecendo-lhe apoio e práticas assistenciais efetivas, voltadas a responder seus anseios e duvidas, amenizando sua ansiedade, e acrescentando a elas, através de ações educativas, mais conhecimento sobre a evolução da gestação e mudanças ocorridas (MEDEIROS et al., 2016).

O pré-natal compreende a assistência à mulher desde a constatação da gravidez

(concepção) até o início do trabalho de parto. Recomenda-se que a mulher inicie o pré-natal, o mais precocemente possível, ou seja, assim que seja diagnosticada a gravidez, para que, com o acompanhamento devido, possa ser observado o desenvolvimento do seu estado gestacional e possíveis desníveis ou intercorrências, que possam colocar em risco a sua vida e a do feto. É direito da mulher que tenha um acompanhamento pela equipe de saúde da família de seu bairro ou área, tendo consultas regulares, com o médico e enfermeiro responsáveis pela equipe, que deve prestar uma assistência ao pré-natal de qualidade (BRASIL, 2012).

Pode-se considerar que na base da atenção ao pré-natal de baixo risco encontra-se a promoção da educação em saúde, com uma série de ações que visam atingir de forma efetiva a atenção primária a assistência à mulher, garantindo um processo gestacional seguro e saudável que resulte um nascimento seguro nas bases humanitárias (SOUZA, et al., 2013).

A educação em saúde promove uma interatividade entre as pessoas envolvidas, visando o empoderamento dos sujeitos, onde possibilita a gestante uma maior segurança e amenização de futuras complicações relacionadas à gestação, parto, pós-parto até o puerpério, além de diminuir o nível de frustração e ansiedade com relação ao período gestacional de transição que estão vivenciando (SOUZA et al., 2011).

Na Atenção Básica as ações atribuídas pelo enfermeiro na estratégia saúde da família, devem promover uma assistência integral à saúde da gestante no pré-natal, assumindo um papel fundamental no hábito de cuidar e no desenvolvimento de estratégias dinâmicas de educação em saúde, no processo de acompanhamento destas gestantes, pela equipe de saúde da família (PAULA et al., 2013).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde realiza suas práticas assistenciais desenvolvidas nas unidades de saúde, procura desenvolver, junto à população assistida pela sua equipe, ações de controle social, destacando-se entre suas práticas, a assistência a gestante no pré-natal. As ações de enfermagem dentro da unidade de saúde são planejadas e executadas de maneira sistemática a fim de garantir um bom relacionamento com a população e melhoria da sua assistência (MORAIS et al., 2013).

O enfermeiro desenvolve práticas assistenciais de educação em saúde, nas diversas fases da gravidez, assistindo sempre a pessoa de forma holística, procurando observar as necessidades e a realidade de cada indivíduo e da população da área de alcance da equipe de atenção básica (LENISE et al., 2012).

Deve também proporcionar informações claras e precisas para atender as pacientes no período gestacional, de forma íntegra e equânime, construindo um momento acolhedor e um vínculo afetivo com a gestante, como uma forma de estratégia do profissional demonstrando seu conhecimento e domínio na assistência no pré-natal (SILVA et al., 2010).

Assim, a atuação do enfermeiro desde o início da gravidez até o parto e o puerpério se torna fundamental, permitindo o apoio e segurança, e mostrando a importância e as realizações das consultas do pré-natal construindo-se um novo olhar à gestante com um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, de forma humanizada, contribuindo para que a gestante mantenha seu domínio efetivo com o profissional enfermeiro.



Tem sido alvo importante para o enfermeiro, em suas ações individuais e coletivas, as ações educativas, pois estas possibilitam a gestante autonomia no agir, buscando realizar práticas educativas na unidade básica de saúde, orientando sobre as consultas de enfermagem, e sobre o início precoce do pré-natal, incluindo os exames a serem realizados e as vacinas, criando grupos dinâmicos com as gestantes, onde o enfermeiro compartilha os saberes detectados. Estas ações buscam devolver um laço de confiança entre a equipe e a mulher, tirando as dúvidas que surgem no decorrer da gestação de forma qualificada, dando-lhe o acompanhamento digno e mostrando as estratégias que são atribuídas pelo enfermeiro nas unidades de saúde. (DUARTE et al., 2014).

As práticas educativas no pré-natal que são desenvolvidas pela equipe de enfermagem dentro da estratégia saúde da família (ESF), são realizadas pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, podendo ser desenvolvidas nas unidades de saúde, através de visitas domiciliares, quando informada a necessidade desta pelo agente comunitário de saúde (ACS). O enfermeiro, através de suas ações de enfermagem exercidas nas consultas individuais e coletivas as gestantes, são capazes de detectar problemas que podem surgir no desenvolvimento dos estágios da gestação, além de agir de forma holística, observando o bem estar físico emocional e os desconfortos que está mulher pode estar sentindo ao longo da gestação (SILVA et al., 2014 apud GUERREIRO et al., 2014).

Pode-se considerar que na atenção básica desenvolve ações educativas realizadas pelos enfermeiros com as ações voltadas para o acolhimento de avaliação de riscos das gestantes realizando-se um pré-natal de qualidade e os cuidados á saúde da gestante oferecendo ações de educação em saúde que estimulam a mulher para o parto normal ampliando os conhecimentos e contribuindo para a ampliação do conhecimento com uma assistência com equidade (BRASIL, 2012).

O Pré-natal é um processo de acompanhamento onde proporciona o diagnóstico de várias patologias que surgem durante a gestação, dever ser iniciado assim que a possibilidade da gravidez for detectada pelo atraso menstrual visando que os resultados alcançados serão melhores quanto antes for iniciado as consultas, com informações educativas sobre o parto e os cuidados com a criança, orientando sobre os hábitos da vida, higienização, amamentação, e alimentação buscando prestar uma assistência adequada e com qualidade (NUNES et al., 2011).

A realização de um pré-natal de forma humanizada e de qualidade tem um papel fundamental da atuação do enfermeiro diante da saúde materna e neonatal da criança e onde o enfermeiro busca suprir as necessidades que as gestantes procuram por um momento acolhedor de maneira diferenciada á saúde da mulher a fim de priorizar uma atenção qualificada no processo gestacional e oferecer um suporte emocional e proporcionar um espaço onde a gestante possa viver uma gestação de forma digna e prazerosa (KARINE et al., 2012 apud SANTOS et al., 2016).

A gravidez é uma experiência digna e complexa e onde a mulher vivencia seus aspectos diferentes durante seu ciclo gravídico puerperal com alterações biológica e emocional que envolve o enfermeiro e a família dentro da estratégia saúde da família com qualificação do profissional oferecendo-lhe os cuidados centrados nas necessidades da gestante com dignidade a o pré-natal adotando um programa voltado á saúde da mulher com o estímulo da participação da equipe de enfermagem prestando lhe uma assistência materna e neonatal. (DUARTE; MAMEDE, 2012).

3. AS PRÁTICAS QUE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONSIDERA HUMANIZADORAS

Com o surgimento de novas medidas e ações políticas que busquem uma melhoria do atendimento o Ministério da Saúde por meio do SUS preconiza princípios universais de acesso da população aos serviços de saúde com qualidade, na forma de recepcioná-la constituindo-se como pontos importantes a serem considerado processo de acolhimento, como porta de entrada (MEDEIROS et al., 2016).

Atualmente o primeiro contato do usuário com o profissional de saúde é caracterizado como parte do processo de acolhimento juntamente com a prestação de serviço, fazendo parte da Política Nacional de Humanização no qual se implica com ênfase uma escuta qualificada, em uma postura ética, com uma visão holística, diretamente caminhando de encontro às necessidades dos usuários ao procurar os serviços de saúde (MEDEIROS et al., 2016).

Paidéia (2001, p.23) relata em um contexto direcionado ao serviço de saúde que o acolher “deve ser realizado por toda equipe de saúde, receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. O trabalho da equipe que cuida e presta serviços favorecem o acesso otimizando seu serviço, proporcionando uma forma de interação entre profissionais e usuário, evitando desgastes nos demais níveis de atenção, deste modo criando um vínculo, enaltecendo os aspectos sociais, concomitantemente aos aspectos técnico-científicos (BRASIL, 2004). O processo de acolhimento envolve uma corresponsabilidade do profissional quanto do usuário, tornando-se fundamental a observação de uma forma integral da complexidade de interesses, necessitando muitas vezes um olhar mais qualificado Pires (2000, p. 91) enfatiza:

Que é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do lócus do trabalho com deformidade.

A relação profissional e usuário vêm solucionando um questionamento sobre o desafio de se ter um profissional com certo grau de sensibilidade com o sofrimento do usuário, porém qualificado com um nível maior de atenção e disponibilidade que possibilite o acesso do usuário de forma mais assertiva. Souza (2003) destaca que, trabalhadores mais jovens são mais adequados, para determinadas funções, dado a energia, a disposição necessária das atividades que exercem na assistência aos usuários.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) avaliam aspectos conceituais e metodológicos onde identificam quatro dimensões do ‘acolhimento’: ‘acesso’ - ‘postura’ - escuta e atitude profissional, ‘técnica’ - profissional qualificado para o trabalho em equipe, capacitado com aquisição de tecnologias, saberes e práticas; ‘reorientação de serviços’ - processo de trabalho de acolhimento, construindo uma relação de confiança entre profissionais e usuários.



Assim, o 'acolhimento' é visto como uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', em identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, com um olhar holístico e ampliando a capacidade do profissional em responder as demandas, reduzindo a centralidade, organizando e orientando para uma melhor utilização do potencial dos demais profissionais (MEDEIROS et al., 2016).

O acolhimento para Silva Júnior e Mascarenhas (2004) no ambiente do serviço de saúde deve ser entendido, com um olhar em várias esferas de igual importância ao mesmo tempo, com um propósito político, ético e estruturalista, de modo a se construir na saúde uma ferramenta intervenção na escuta qualificada, construção de vínculo, garantindo o acesso com sua responsabilização e resolutividade nos serviços oferecidos.

O processo de acolhimento em saúde procura atender a todos ouvindo suas necessidades, com uma postura acolhedora, capaz de dar ao usuário uma resposta adequada, orientando o usuário e familiares em relação ao serviço de saúde ofertado, de forma articulada garantindo a eficácia das informações estabelecida (AUTOR, ANO).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) preconiza a estruturação de um serviço de saúde ágil e organizado para assumir uma postura de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva eficaz, capaz de resolver a maioria das necessidades de saúde da população, de forma a diminuir os danos e sofrimentos, assim como responsabilizar-se pela oferta para outros pontos acolhimento e atenção da rede.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual estabeleceu critérios e parâmetros para toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo em vista o atendimento das necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Um dos parâmetros para a atenção primária, a PNH (BRASIL, 2004) definiu:

Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. (BRASIL, 2004, P. 13).

O acolhimento é visto como um ponto do elo entre os diferentes sujeitos: gestores, profissionais da saúde, usuários e diferentes práticas de cuidado, além de uma das principais mudanças desencadeadas no Sistema Único de Saúde- SUS , tem melhorado na reorganização e mudança do modelo antes usado, facilitando e viabilizando o diálogo entre profissionais de saúde e usuários que precisam do SUS.

Sobre a questão, Ayres ET al., 2006 evidencia que:

O acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. Por maior que seja o acúmulo de conhecimentos técnicos, eles não são por si só suficientes para produzir saúde, bem-estar, equilíbrio entre aspectos psíquicos, físicos e sociais de uma pessoa ou sociedade. Para construir uma atenção básica eficiente, se faz necessário redescobrir e refletir sobre a estratégia do acolhimento, uma vez

que a comunidade é um espaço em construção constante e sempre permite o surgimento de erros e acertos. (AYRES et al., 2006, p. 306-311).

O acolhimento em si mostra uma postura mais dinâmica que ultrapassa barreiras impostas na área de saúde, facilitando o diálogo entre o usuário e o profissional de saúde no que tange a escuta de queixas, medos e expectativas, os riscos.

Ao que diz respeito ao perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento nos serviços de saúde, vale ressaltar que as relações constituídas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os contextos mais desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, sendo, dessa configuração, eficazes à íntegra implementação do SUS. Ainda que o Sistema esteja aportado em leis com status de políticas de Estado, a sua materialização ao mesmo tempo pende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários. A organização do procedimento de afazeres do conjunto na ESF, a inclusão com os usuários dos serviços e o desafio de trabalhar procurando a estabilização entre autonomia e responsabilidade não estão sendo ajustados pelos gestores e todos os que atuam na área de saúde (ZOLOLI, 2017).

De acordo com as pesquisas de Delfino et al. (2012) a satisfação dos usuários nos serviços de saúde tem natureza multidimensional, ou seja, um sujeito pode estar contente com um ou mais aspectos de um serviço e/ou seja acolhimento ou consulta e concomitantemente estar desgostoso com outras extensões de assistência.

4. O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS NECESSÁRIOS PARA UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA A PARTURIENTE E SUA FAMÍLIA

Corroborando ainda Machado et al., (2010) os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, principalmente ao que diz respeito ao acolhimento, para que possa impulsionar hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem.

Assevera ainda Veatch (2010) há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há instrumentos mais adequados para ajudar neste propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em consequência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde. Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde; Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo; A necessidade de controlar os custos da saúde (VEATCH, 2010, p. 23). Afirma Zobolli (2017) que no Brasil a qualidade no atendimento deixa muito a desejar, sobretudo na questão do acolhimento e isso ocorre devido às péssimas remunerações, muitas vezes até mesmo as condições ruins de trabalho fazem com que a qualidade no atendimento decaia significativamente.



Complementa Esmeraldo et al. (2012) cresce a demanda por instrumentos que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tornem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado. O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência prestada, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros.

Para Schimith (2014), o conceito de qualidade vem sendo discutido em diversas perspectivas. Dentro dessas perspectivas se destacam: a qualidade como pressuposto de excelência; a qualidade como conformidade às especificações; a qualidade como adequação ao uso e a qualidade como valor para o preço.

Fulallio et al. (2010) afirmam que no Brasil, a busca pela qualidade torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde, decorrente de recursos insuficientes, utilizados de maneira inadequada; inexistência ou escassa aplicação do planejamento estratégico; falta de sistemas de informações confiáveis; ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de processos e centrados em resultados; carência de indicadores de desempenho; ausência de padrões de qualidade; alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re) trabalho entre outros); inexistência de cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes.

Segundo Silva et al. (2011), a qualidade de vida está relacionada diretamente com a satisfação dos usuários, pois são dois termos que dependem exclusivamente da capacidade dos envolvidos em saber proceder de forma antecipada sob o que podemos construir e contar no futuro. Para atender cada dia mais de maneira eficaz as necessidades e expectativas dos usuários que contribuem de maneira positiva para o desafio de se construir uma comunidade de interesses comuns, distributiva e justa.

De acordo com Souza (2011), descreve que a satisfação dos serviços de saúde surge como uma das ferramentas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde. A preocupação com a qualidade vem aumentando positivamente nos últimos anos sendo por isso evidente que a satisfação dos usuários frente aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador de gestão da qualidade no atendimento aos mesmos.

Nesse sentido, Fortes (2014) garante que para que haja qualidade no atendimento, faz-se necessário observar o comportamento por parte dos profissionais. Pois são eles que mudam a trajetória da instituição, já que o resultado em se trabalhar com as especificidades dos recursos humanos é o maior desafio da gestão da qualidade. A satisfação dos pacientes quanto ao acolhimento é muito importante e se apresenta como importante veículo para difundir a qualidade nos serviços, necessitando, portanto, de produção científica mais elevada que permita o avanço no conhecimento sobre avaliação da satisfação de serviços de Fisioterapia que são oferecidos aos pacientes.

Dessa forma, Pinafo et al. (2012) relata que o grau de satisfação alcançado é visto como sendo um conjunto de fatores que extrapolam o âmbito eminentemente clínico, perpassando por diversas dimensões tais como estrutura do ambiente, processo da prestação do serviço (atendimento) e resultados obtidos com o tratamento.

Para Souza (2011) capacitar exercitar ou treinar é um artifício de extenso tempo e indeterminado e recomenda que o desenvolvimento de desenvolvimentos e aptidões através de modernos costumes, maneiras, informações e treinamentos, o que procede em uma mudança de procedimento dos condutores ante seus comandados e dentro da organização e seus desígnios encaixam prazos mais longos, visando dar ao homem aquelas noções que perpassam o que é constituído na responsabilidade contemporânea, aprontando-o para adquirir colocações do mesmo modo complicadas.

O acolhimento necessita ser conversado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são finalmente, os 'nós' dessa imensa rede de conversações que são as ocupações (FORTES, 2014).

Acorda-se Pinafo et al. (2012) que com esse ponto de vista, pode entender-se que o acolhimento dialogado é aquele em que o profissional se disponibiliza a escuta e a conversa com o usuário, na tentativa de conhecê-lo e, de tal modo, de procurar recursos que atendam suas necessidades, por isso em muitos casos há uma necessidade relevante de que o profissional seja capacitado para isso.

Outro ponto que analisa Silva et al. (2011, p.34) é o "responder ou explicar algo de maneira cordial" e acolher com simpatia estabelece-se em atuações que transcorrem pela escuta do usuário em suas indigências, ajeitando um passo primordial do ingresso por meio do acolhimento.

De acordo Schimith (2014) com envolver compreende, essencialmente, uma técnica de empatia, de assimilação e de importância, ou seja, o profissional precisa ter em seu perfil esses atributos. Consecutivamente intersubjetiva, a apreensão pede abertura, simpatia e generosidade. Desta maneira, o trabalhador de saúde passa a ser um investigador das acepções das atuações e das relações ocultas nas composições sociais.

Por isso segundo as pesquisas de Zobolli (2017) o exercício, treinamento e capacitação são exclusivamente um dos elementos do artifício de alargamento que contém as provas completas que fortalecem e consolidam as especialidades cobiçáveis. o treino adentro de um contíguo ordenado de habilitações que é analisada presentemente como um quesito essencial para que haja uma gestão de pessoas, de tal forma que o capital humano é a maior riqueza do hospital e a fundamental diferença concorrente, uma vez que, a capacitação é a ampliação de recursos humanos, ou seja, ampliação de habilidades.

Dessa forma o perfil do profissional de saúde no processo de acolhimento requer que as habilidades profissionais devem ser feitas por aqueles que conduzem passo a passo o processo de acolher, de acordo com a demanda exigindo pessoas se adapte as mudanças sob os preceitos da qualidade e produtividade. Isso exige o desenvolvimento e consequentemente novas competências, como os necessários para o processo de acolhimento (FORTES, 2014).

Na política de saúde e humanização foram estimuladas ações voltadas à criação e organização de serviços ambulatoriais. Na esfera federal, foi promulgado o Decreto nº. 60.252 que instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental no âmbito do Ministério da Saúde, cujos objetivos estão fundamentados nas concepções da higiene mental, tendo



em vista resolver a falta de hospitais psiquiátricos, assinalando a expansão e distribuição de ambulatórios de saúde mental no país, com a finalidade de reduzir a necessidade de internação e garantir a assistência terapêutica sem separar pacientes de seu ambiente social e familiar (DELGADO, 2010).

O profissional de saúde no processo de acolhimento deve ser capaz de compreender o usuário com uma visão holística e uma atitude proativa, além de sua área de atuação para que haja uma interação e o comprometimento com as necessidades do usuário para que tenha um atendimento de qualidade de forma eficaz e ética (SILVA et al. 2011).

5. CONCLUSÃO

O processo de humanização do parto possibilita a inserção do profissional enfermeiro a fim de promover um ambiente mais familiar e acolhedor para parturiente conseguindo assim a participação ativa das parturientes garantindo, seu empoderamento em todas as etapas do processo do trabalho de parto, diminuição da ansiedade e aumento da segurança. Conclui-se que o enfermeiro possui um papel muito relevante no processo de parturição. Este possui entre outras competências, o papel de resguardar e garantir que as boas práticas e os métodos não farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados, devendo também cuidar e orientar a parturiente durante todo o processo, permitindo que a mesma decida o que deseja para si e para seu filho, a favor de um momento humanizado e de felicidade plena à parturiente.

O profissional de saúde no processo de acolhimento visa potencializar seus resultados através de suas competências profissionais, desenvolvendo habilidades, orientando de forma assertiva os usuários utilizando ferramenta de escuta, de acordo com seu perfil, características individuais e principalmente o ambiente de trabalho ofertado.

O paciente espera ser atendido em suas expectativas. Ele espera obter confiabilidade através do desempenho da empresa que tem que ser consistente, para que os clientes possam confiar nos serviços oferecidos, tudo deve ser feito corretamente na primeira vez e os prazos estabelecidos cumpridos. Espera ainda a credibilidade, pois a propaganda tem que ser honesta, os produtos seguros, os atendentes dignos de confiança e os problemas solucionados.

Embora o processo de acolhimento seja uma ferramenta poderosa para o atendimento e organização dos serviços prestados como constatamos diante dessa pesquisa, ressalta-se ainda que o profissional de saúde por mais qualificado e experiente, não tem uma receita pronta, que se aplica para solucionar os problemas dos usuários. Diante do exposto e de tudo que foi embasado por meio dos autores foi verificado de maneira satisfatória que os objetivos foram alcançados e que a problemática que envolveu a pesquisa foi respondida.

Referências

- AYRES, Regina Celi; PEREIRA, Silvia A.O. E; AVILA, Silvia, M.N; VALENTIM, Wilma. **Acolhimento no PSF: Humanização e Solidariedade. O Mundo da Saúde** 2006. abri/jun 30 (2). 306-311. . Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf Acesso em 02 de Abr de 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH. **Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília (DF); 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da] União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde;** 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde; 1997.
- DELFINO MRR, Karnopp ZMP, Rosa MRQP, Pasin RR. **Repercussões do processo de ensinar-aprender em serviços de saúde na qualidade de vida dos usuários**. Trab Educ Saúde. 2012.
- DELGADO, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- DUARTE, MF, MAMEDE, M.L. Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. **Revista de Epidemiologia Serviço de Saúde**. 2012.
- ESMERALDO, GROV, Oliveira LC, Sousa KMM, Araújo MAM, Esmeraldo Filho CE, Viana EMN. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **Rev APS**. 2012.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975. P. 27.
- FILHO, Natália Rejane; COSTA, Natalúcia Matos; Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 18(4): [08 telas], jul-ago, 2013.
- FORTES, PAC. **Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família**, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2014.
- FULALIO MC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagemusuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev Gaúch Enferm**. 2010.
- MACHADO MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no programa saúde da família por meio da participação habilitadora. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010.
- MEDEIROS, L.; SILVA, M.G.; MIOT, H.A.; MARQUES, M.E.A. Fisiopatologia do melasma. **An Bras Dermatol**. v.84, n.6, p.623-635, 2016.
- MENDES, K, D, S ET AL, Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v1 7, n.04, p. 758-64, out./dez.2008.
- NUNES. **Atenção pré-natal nos enfermeiros**. Brasil. REV. ESC. ENFERM. June. 2011; 44 (2).
- PAIDÉIA 2001. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas**. Maio 2002. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>. Acesso em novembro, 2012.
- PINAFO E, Nunes EFPA, González AD. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2012.
- PIRES, D. Novas forma de organização do trabalho em saúde e enfermagem.**Revista Baiana Enfermagem**, 2009; 13:83-92.

- ROCHIMTH, M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: what physician-patient roles foster the most ethical relationship? **Hastings Cent Rep.** 2013.
- SALIM, Natália Rejane. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2010,
- SANTOS, T.L.M.; FIGUEIRÓ-FILHO, E.A.; COELHO, L.R. **Pele e gestação: aspectos atuais dos tratamentos e drogas comumente utilizados.** *Femina*, v. 36, n. 8, p. 511-521, 2016.
- SCHIMITH MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cad Saúde Pública.** 2014.
- SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 241-57.
- SILVA LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2013.
- SILVA, LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. **Cogitare Enferm.** 2011.
- SOUSA, PAL, Nicácio M. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do rio de janeiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** 2011.
- SOUZA, MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab Educ Saúde.** 2011.
- SOUZA, Silvana Regina R. K. A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia. 2003. 139p. **Dissertação (Mestrado em Ergonomia) – Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.**
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/Abrasco; 2005. p. 89-111.
- VEATCH, RM. **A theory of medical ethics.** New York: Basic; 2010.
- ZOBOLI ELCP. Enfermeiros e usuários do programa saúde da família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm.** 2017.

CAPÍTULO 38

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM FERIDAS CRÔNICAS

*NURSING CARE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC WOUNDS*

Marcia Cristina Dias Araújo¹

Camila Fernandes Batista Gama²

Francisca Batista Meneses³

Leandro Rego Santos⁴

Naira Cristina França Melo¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

2 Enfermeira especialista em Saúde Coletiva, São Luís- Maranhão

3 Mestre em direção e chefia de serviços de Enfermagem, São Luís- Maranhão

4 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O enfermeiro, como componente da equipe de saúde, tem se comprometido e procurado a excelência para ofertar um tratamento dinâmico e em curto prazo ao paciente com feridas crônicas, a fim de trazer maior conforto e retorno à normalidade de sua vida social. Esse trabalho tem por objetivo discorrer sobre como deve ser o atendimento prestado pelo enfermeiro no tratamento das feridas crônicas. Trata-se de uma pesquisa fundamentada em uma revisão de literatura, com caráter descritivo e quantitativo sobre a assistência de enfermagem no tratamento aos pacientes com feridas crônicas. Foram utilizados para compor este estudo, artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, todos em língua portuguesa ou inglesa, estes estudos foram coletados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. Através deste estudo percebe-se que as feridas crônicas têm gerado preocupações à saúde pública, pois tem acometido uma alta parcela da população e um dos motivos é o aumento da população idosa (presente no Brasil), que é a fase da vida mais vulnerável a desenvolver esse tipo de lesão por apresentarem fatores de risco muitas vezes evidentes. Novos produtos têm surgido no mercado a fim de buscar uma excelência no tratamento de feridas crônica e a equipe de enfermagem, por ser referência nesse tipo de cuidado, deve manter-se atualizada sobre todos os recursos disponíveis.

Palavras chaves: Cuidados de enfermagem, Tratamento, Feridas Crônicas.

Abstract

The nurse, as a component of the health team, has been committed and sought excellence to offer dynamic and short-term treatment to patients with chronic wounds, in order to bring greater comfort and return to the normality of their social life. This work aims to discuss how the care provided by nurses in the treatment of chronic wounds should be. This is a research based on a literature review, with a descriptive and quantitative character about nursing care in the treatment of patients with chronic wounds. Scientific articles published in the last 10 years, all in Portuguese or English, were used to compose this study, these studies were collected through the Virtual Health Library (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar. Through this study, it can be seen that chronic wounds have generated public health concerns, as they have affected a high proportion of the population and one of the reasons is the increase in the elderly population (present in Brazil), which is the most vulnerable phase of life to develop this type of injury because they often present evident risk factors. New products have appeared on the market in order to seek excellence in the treatment of chronic wounds and the nursing team, as a reference in this type of care, must keep up-to-date on all available resources.

Key-words: Nursing care, Treatment, Chronic wounds.

1. INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, tornando-se essencial sua integridade para a vida humana a fim de cultivar o funcionamento fisiológico do organismo. Por ser um órgão externo, está aberta a modificações que podem ser ocasionadas por traumas, processos inflamatórios, degenerativos, circulatórios, distúrbios do metabolismo ou defeito de formação (SALOMÉ; ARBAGE, 2008).

Úlceras por pressão, segundo Santos et al. (2010), é definida como “área localizada de morte celular, desenvolvida quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por longo período de tempo, provocando a interrupção do fornecimento de sangue para a área”. Essas feridas são conhecidas há séculos e muitas vezes foram documentadas como resultado de falta de cuidados do enfermeiro por ocorrerem de múltiplos fatores que podem ser prevenidos (LISE, 2007).

Assim, a atualização do conhecimento do profissional se torna necessária a fim de proporcionar ao cliente um atendimento qualificado, pois mesmo hoje com vários tratamentos sendo instituídos e principalmente métodos preventivos para úlcera por pressão sendo prontamente adotada nos pacientes com maior aptidão ao desenvolvimento das úlceras, a incidência desse tipo de lesão ainda mantém-se alta, devido a vários fatores, como por exemplo, o tempo de internação prolongado (CARNEIRO; SOUZA; GAMA, 2010).

Esse trabalho tem por objetivo discorrer sobre como deve ser o atendimento prestado pelo enfermeiro no tratamento das feridas crônicas. Tiveram-se como objetivos específicos: apresentar a fisiopatologia das feridas bem como seu histórico, enfatizando a morfologia da pele; descrever o tratamento das feridas crônicas; e destacar o papel do enfermeiro no tratamento de feridas crônicas. Diante disso, surge a seguinte pergunta norteadora: Quais as ações de enfermagem para o paciente com feridas crônicas?

Por meio de avanços no conhecimento sobre o tratamento de feridas é possível oferecer um cuidado integral além da busca pela autonomia do portador de úlcera venosa, favorecendo a qualidade da assistência e a relação custo benefício. Apesar da alta prevalência e da importância da úlcera venosa muitas vezes ela é negligenciada sendo abordada de maneira inadequada, a abordagem desses pacientes deve ser feita pelo ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

Para que todos os cuidados sejam prestados de forma adequada, além da participação do paciente portador de úlcera no processo de cicatrização e controle de recidivas, o profissional deve ter uma educação apropriada, treinamento, habilidades e competências, todas essas diretrizes devem ser aplicadas a realidade vivenciada tanto pelo profissional quanto pelo paciente.

Na assistência ao paciente portador de feridas a enfermagem desempenha um papel de grande relevância uma vez que o profissional de enfermagem possui um maior contato com o paciente, acompanha a evolução da lesão em virtude de sua formação voltada para este tipo de prática. Dessa forma o enfermeiro é um profissional capaz de manter uma



observação intensiva com relação aos fatores locais, externos e sistêmicos que podem interferir no processo de cicatrização propiciando uma visão clínica que relaciona pontos importantes nesse processo como o controle da patologia de base, aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e a qualidade do cuidado educativo.

A realização desse estudo se justifica pelo grande número de pacientes acometidos por feridas crônicas e a necessidade de atualização de conhecimentos e práticas, se configurando como uma forma de contribuição para o profissional de enfermagem, já que o tratamento desse tipo de patologia requer profissionais capacitados e atualizados.

Trata-se de uma pesquisa fundamentada em uma revisão de literatura, com caráter descritivo e quantitativo sobre a assistência de enfermagem no tratamento aos pacientes com feridas crônicas. Foram utilizados para compor este estudo, artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, todos em língua portuguesa ou inglesa, escolhidos por terem maior acessibilidade ao conteúdo abordado e terem maior afinidade com o tema abordado.

Estes estudos foram coletados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico. A construção do desenvolvimento do projeto foi no período de setembro a novembro de 2021, tendo sua coleta e tratamento de dados nos meses de fevereiro a junho de 2022. A análise de dados se deu através da leitura e interpretação dos dados, para assim, responder aos objetivos deste estudo.

2. FIOPATOLOGIA DAS FERIDAS: HISTÓRICO

Segundo o autor o tratamento das feridas vem evoluindo desde 3000 anos a. C. onde as feridas hemorrágicas eram tratadas com cauterização; o uso de torniquetes é descrito em 400 a. C.; a sutura é documentada desde o terceiro século a. C. No tratamento das feridas, os egípcios utilizavam o conceito de ferida limpa e ocluída, com óleos vegetais, cataplasmas e faixas de algodão. Gregos e romanos empregavam emplastos, banhas, óleos minerais, pomadas entre outros. A história da medicina reporta o surgimento da penicilina (I Guerra Mundial) como um grande passo para o controle da infecção, até finalmente, chegar aos conceitos atuais de manutenção do leito da ferida úmida, pois este procedimento acelera o processo de cicatrização (ALMEIDA et al., 2018).

Conforme Moraes et al. (2008) a história da medicina se reporta o surgimento da penicilina, (I Guerra Mundial), como um grande passo para o controle da infecção. Progressivamente chegou-se aos conceitos atuais com a manutenção do leito da ferida úmido, pois este procedimento acelera o processo de cicatrização. Historicamente o tratamento de feridas tem como filosofia, a proteção das lesões contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos. A preocupação com a contaminação exógena por microrganismos fez com que fossem instituídas técnicas de curativo, onde o princípio básico era a manutenção do curativo limpo e seco.

Ribeiro e Lopes (2006) ainda afirma que antigamente os curativos eram feitos por médicos e estudantes de medicina. Na década de 30 a tarefa foi transferida para freiras experientes. Posteriormente na década de 40 a tarefa era de responsabilidade da enfer-

meira. Winter em 1962 demonstrou que o meio úmido, enzimas como as colagenases e proteinases, capacitam as células para migrarem através da ferida para as áreas úmidas onde há fibrina.

Mais recentemente, houve uma explosão na quantidade de novos produtos de tratamento das feridas, tais como curativo de hidro fibra de carboximetilcelulose sódica, curativos de fios de poliamida (nylon) recobertos com uma camada de prata metálica e até mesmo a Nanotecnologia aplicada ao tratamento de Feridas. Esses produtos foram elaborados para ter um efeito funcional no tratamento das lesões cutâneas (BORGES, 2008).

Lesões crônicas são conhecidas como de difícil cicatrização, elas acontecem quando danos repetidos interrompem ou destroem a formação de tecidos e/ou um ou mais elementos químicos e celulares do processo de cicatrização são deficientes. Essa dificuldade da cicatrização pode ser influenciada tanto por fatores extrínsecos, como intrínsecos. Em um processo complicado e dinâmico que envolve várias fases: inflamação, proliferação e maturação (CUNHA, 2016).

Desta forma, o papel do enfermeiro mediante a condição de perda da saúde do indivíduo através do surgimento de uma lesão, está em relacionar seu conhecimento científico sobre o corpo humano, sobre o trato do cliente de forma holística e sobre a atuação dos diversos tipos de coberturas e tratamentos disponíveis (JACODINO et al., 2010).

2.1 Morfologia da pele

Segundo Martins (2010) a pele é a camada de tecido orgânico que cobre a superfície do corpo humano e de outros animais vertebrados e alguns invertebrados; o couro; a derme e a epiderme; a tona; o corpo; a parte consistente que cobre os frutos e legumes; a casca. A pele tem como propriedades da proteção, sensibilidade, função reparadora capaz de manter a homeostase do indivíduo.

A pele é um dos maiores órgãos do ser humano apresentando uma área total que varia de 2500 cm² no nascimento até média de 18000 a 25000 cm² na vida adulta (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2019). Segundo a autora a espessura varia de 1,5 mm a 4 mm, e tem peso aproximado quando seca de média de 2kg a 4 kg. Harris (2019) define que devido sua complexa estrutura a pele tem variadas funções tais como:

- a) Manutenção de sua própria integridade e da integridade do organismo como um todo;
- b) Proteção contra agressões e agentes externos;
- c) Absorção e secreção de líquidos;
- d) Controle de temperatura;
- e) Barreira à prova de água;



- f) Absorção de luz ultravioleta protegendo o organismo de efeitos nocivos;
- g) Metabolismo da vitamina D;
- h) Funções estéticas e sensoriais.

Como já visto anteriormente a pele possui uma grande estrutura de camadas compostas por: epiderme, a derme e a hipoderme basicamente. Segundo Gerstberger e Frasson (2014) a epiderme é limitada ao exterior por uma camada córnea e no interior por uma camada basal germinativa. A derme possui estruturas funcionais, como os folículos pilo-sebáceos, glândulas sudoríparas, e vasos capilares e linfáticos. A hipoderme separa a derme dos tecidos subjacentes. Diversas formulações baseiam sua ação na penetração por meio da superfície cutânea sobre a qual se aplicam.

3. TRATAMENTO DAS FERIDAS CRÔNICAS

As feridas ao serem descobertas devem ser rigorosamente tratadas para que maiores danos não venham a ocorrer no organismo do indivíduo, porém Abbade (2011) afirma que antes de iniciar qualquer tratamento devem-se estudar as causas e as condições de saúde do paciente para que o tratamento escolhido seja eficaz, levando o mais rápido possível a um processo de cicatrização.

A preocupação com o cuidado de feridas remonta à antiguidade, quando o homem, em suas aventuras e lutas pela sobrevivência, viu-se acometido por ferimentos das mais diversas ordens. Os povos antigos, ligando o processo de cura ao misticismo, de um modo geral, curavam suas feridas com o uso intensivo da flora, acompanhado de rezas e rituais de fé (GEOVANI; JUNIOR, 2018).

O tratamento de feridas no país, recebe atenção especial dos profissionais da área de saúde, tendo como destaque a atuação dos enfermeiros, que muito têm contribuído para o avanço e o sucesso do tratamento dos portadores de lesões crônica. Busca-se a globalização da assistência, visando a cura ou cicatrização, a melhora da condição clínica e social dos clientes, a racionalização e maior eficiência dos procedimentos direcionados ao tratamento de lesões cutâneas, com a consequente otimização do atendimento (CARMO et al., 2017)

Ao ser diagnosticado o quadro de feridas, em qualquer situação devem ser imediatamente tratadas, para que maiores danos não venham a ocorrer com o paciente, segundo Souza (2019) antes de qualquer tratamento é indispensável estudar a causa e avaliar as condições de saúde do paciente, para que possa ser administrado um tratamento eficaz para o quadro clínico, pois um tratamento inadequado pode prejudicar o processo de cicatrização.

Não se pode negar que a ferida tem o poder de criar a ideia de que o corpo foi profanado. Para a sociedade, os corpos dos sujeitos portadores de feridas, em particular aquelas crônicas como as grandes úlceras de pernas, as neoplasias e as agudas, como as amputações, são corpos que não agradam, não encantam, não incitam admiração e con-

templação (CANDIDO, 2016).

Ferida é definida como rupturas causadas na pele, em maior ou menor extensão em qualquer parte da pele, mucosa ou órgão, pode ser causada por fatores extrínsecos, como incisão cirúrgica, trauma, e por fatores intrínsecos, como as produzidas por infecções. A sua classificação constitui ainda importante forma de sistematização, necessária para o processo de avaliação e registro que podem se classificar pela origem ou pelo tipo de agente causal, sendo que, as feridas agudas são originadas de cirurgias ou traumas e a reparação ocorre em tempo adequado sem complicações, enquanto que, as feridas crônicas são aquelas que não se reparam em tempo esperado e apresentam agravos. É o profissional que deve avaliar o grau de contaminação, que possui um importante fator na escolha do tratamento (FRANCO; GONÇALVES, 2015).

É importante, antes de tudo, ressaltar que o cliente portador de qualquer tipo de ferida deve ser encarado como um sujeito que se emociona, que sente, que deseja e que, como qualquer outro, tem necessidades. É preciso deixar de lado algumas expressões que frequentemente são utilizadas para se referir-se a tais clientes como “o cliente da úlcera de pressão” ou “aquela senhora mastectomizada”, por exemplo. Essas expressões tão comuns no cotidiano do cuidado prestado a clientes portadores de feridas são capazes de criar outras feridas cujo tratamento talvez seja muito mais difícil do que aquelas que se manifestam na carne: as “feridas da alma”, causadas por outro tipo de iatrogenia, pouco considerada e reconhecida, a iatrogenia da palavra (SILVIA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2017).

Outra situação bastante delicada diz respeito ao odor desagradável emanado pelas feridas. Nessas circunstâncias, parece mais interessante, ou melhor, menos constrangedor e doloroso para ambos (quem cuida e quem é cuidado), se o mau cheiro for encarado como mais um problema para ser solucionado, além da ferida. É necessário reconhecer a importância do tratamento de feridas para a promoção de políticas públicas adequadas, para isso é necessário existir profissionais qualificados que orientem os tratamentos por meio de protocolos institucionais competentes e seguros, considerando que a padronização dos produtos é fator decisivo na eficácia do tratamento (SMELTZER; BARE, 2015).

A cicatrização de feridas é processo difícil que envolve sinais químicos, a organização de células, e matriz extracelular com o objetivo de reparar o tecido. O tratamento de feridas busca o fechamento acelerado da lesão, de forma a se obter cicatriz estética e funcionalmente satisfatória. Para tanto, é indispensável melhor compreensão do processo biológico envolvido na cicatrização de feridas e regeneração tecidual (MENDONÇA; NETTO, 2019).

Sabe-se que o profissional de enfermagem possui um papel fundamental no que se refere ao cuidado holístico do paciente, como também desempenha um trabalho de extrema relevância no tratamento de feridas, uma vez que tem maior contato com o mesmo, acompanha a evolução da lesão, orienta e executa o curativo, bem como detém maior domínio desta técnica, em virtude de ter na suas formações componentes curriculares voltados para esta prática e da equipe de enfermagem desenvolvê-la como uma de suas atribuições (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENTA, 2018).

Enfim, diante de todo processo de feridas que vem a acometer vários pacientes, o enfermeiro deve proporcionar a eles um tratamento qualificado, promovendo condutas



terapêuticas que venham a trazer soluções dirigidas as lesões propriamente ditas por meios de coberturas específicas para cada caso, pois segundo Martins e Simões (2011), a realização de curativos é uma atividade importante dos enfermeiros, em que eles têm a necessidade de colocar em prática todo o conjunto de conhecimentos e competências.

4. PAPEL DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS

Os enfermeiros têm um importante papel a desempenhar no tratamento de feridas e precisam estar cientes de suas responsabilidades, tanto em relação ao conhecimento técnico para avaliação contínua das lesões, quanto à qualidade e quantidade dos insumos utilizados (CHIBANTE et al., 2017).

É evidente que o tal papel deve ser visto no contexto da equipe multidisciplinar, porque as feridas não podem ser encaradas como algo isolado do resto do corpo. Além de serem profissionalmente responsáveis, técnicos de enfermagem também têm o dever de cuidar de seus pacientes, a falta de prestar os devidos cuidados e causar dano ao paciente é negligência, é imprescindível que se faça uma avaliação holística e integrativa do paciente (NÓBREGA et al., 2011).

A temática das feridas tem vindo a tornar-se cada vez mais frequente nas práticas do dia a dia dos profissionais, o que não significa que seja um assunto esgotado, o tratamento de feridas não é uma questão recente ou inovadora, para poderem oferecer os mais elevados padrões de cuidados, os técnicos/enfermeiros devem estar sempre cientes dos avanços recentes e suas implicações na prática (MELO et al., 2011).

Embora possa haver discussão sobre quem avalia uma ferida e planeja o tratamento, não há o menor conflito quanto à implementação do plano. A grande maioria das feridas é tratada por enfermeiros. Aplicar um curativo que seja confortável e permaneça no lugar requer certo grau de destreza manual. A experiência também tem importância considerável (LIEDKE et al., 2014).

A primeira avaliação será realizada pelo profissional de enfermagem, que encaminhará ao médico após suas condutas iniciais. Os retornos durante o tratamento com coberturas, cremes e soluções ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e critério do enfermeiro, não podendo extrapolar o máximo preconizado para cada cobertura ou solução (CHIBANTE et al., 2017).

A cada troca de curativo, o enfermeiro deve monitorar o progresso da ferida e a eficácia do curativo. A avaliação é um processo contínuo. Parte da avaliação também envolve documentação e comunicação com outros membros da equipe. A documentação eficaz registrará o tamanho e a aparência da ferida. Quaisquer mudanças precisam ser comunicadas aos outros membros da equipe, como parte do intercâmbio de informações sobre o progresso do paciente (DEALEY, 2011).

A definição de uma conduta terapêutica sofre influência direta da "história da ferida", ou seja, causa, tempo de existência, presença ou não de infecção. Além disso, deve ser avaliada a dor, edema, extensão e profundidade da lesão, as características do leito da

ferida, características da pele ao redor e exsudato. A avaliação da ferida deve ser periódica, e é de fundamental importância acompanhar a evolução do processo cicatricial e a cobertura utilizada (BLANES, 2014).

Outro aspecto do papel do enfermeiro no tratamento de feridas é proporcionar educação aos outros. A educação do paciente é importante para ampliar seu consentimento e sua compreensão dos diferentes aspectos do tratamento. Também é possível que os enfermeiros precisem de informações sobre alguns aspectos do tratamento de feridas bem como módulos de cuidados.

Um importante aspecto do papel do enfermeiro especializado é oferecer aconselhamento, como perito, no tratamento e prevenção de todo tipo de ferida. Além de terem boa compreensão da gama de produtos para tratamento de feridas, muitos desses enfermeiros especializados são capazes de oferecer orientação na escolha de colchões e camas aliviadores da pressão (BARBOSA et al., 2014).

O enfermeiro e equipe devem segundo o autor conhecer e aplicar os métodos abaixo descritos na sua prática profissional:

- a) Conhecer a microbiota da pele;
- b) Identificar os tipos de alterações da integridade da pele;
- c) Conhecer e identificar as fases do processo de cicatrização;
- d) Conhecer e identificar as fases do processo infeccioso;
- e) Conhecer os princípios de assepsia e antissepsia;
- f) Conhecer os mecanismos de ação dos antissépticos e dos medicamentos tópicos utilizados em curativo;
- g) Lavar as mãos antes e após a realização do curativo;
- h) Avaliar a lesão e indica o curativo apropriado;
- i) Selecionar o material;
- j) Avaliar o material (quanto a integridade do acondicionamento, validade da esterilização e das soluções e medicações);
- k) Comunicar-se com o indivíduo portador de alteração da integridade da pele de forma clara e respeitosa;
- l) Realizar a técnica de curativo respeitando os princípios de assepsia: abre o material de curativo sem contaminá-lo; retira o curativo sujo com luvas de procedimento ou com pinça dente de rato e pinça kelly; troca as luvas ou despreza as pinças utilizadas em local apropriado; realiza a limpeza da ferida com jato de soro

fisiológico; - abre pacotes de gazes fora do campo estéril; executa a manipulação do material sem cruzar o campo; seca a pele ao redor da ferida pressionando a gaze seca delicadamente; oclui a ferida sempre que necessário.

m) Despreza material contaminado em local próprio.

n) Mantem o ambiente em ordem.

Neste trabalho averiguou-se que os fatores de risco para o reconhecimento dos pacientes predispostos segundo cita Silva et al. (2010) não depende somente da habilidade clínica do profissional, mas também do uso de um instrumento de medida, como uma escala de avaliação que apresentem adequados índices de validade preditiva, sensibilidade e especificidade. Entre os sintomas comuns o trabalho aponta que ocorrem situações de sofrimento e “emoção negativa por existirem sentimentos” prolongados de grande pena associado a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crônicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crônico segundo cita Pereira e Soares (2012).

Quanto ao tratamento das lesões o trabalho de Marins et al. (2012) propõe uma análise pelo enfermeiro das situações de inflamação, reconstrução, epitelização e a maturação da pele na região das feridas, e segundo ainda Sousa, Santos e Silva (2016) a realização de curativos com objetivo de cura mas usando determinações bem estabelecidas como avaliação do portador da lesão, segundo uma abordagem holística; avaliação da lesão quanto ao seu grau de perda tissular, fase da cicatrização e tipo de ferida; limpeza da lesão e cobertura.

As intervenções de enfermagem devem ser reforçadas como a mobilização no leito, equipe multiprofissional interagindo no planejamento das atividades educativas, manejo da dor, elevação da cabeceira da cama até 30°, elaboração de programas de reabilitação de clientes com lesão medular, realização de pesquisas de enfermagem abordando fatores de risco, prevenção e novas terapias nas úlceras por pressão, conhecimento da prevalência das úlceras em hospitais gerais e uso de novas tecnologias na prevenção e tratamento (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos produtos têm surgido no mercado a fim de buscar uma excelência no tratamento de feridas crônicas e a equipe de enfermagem, por ser referência nesse tipo de cuidado, deve manter-se atualizada sobre todos os recursos disponíveis.

Dentro dessa equipe, é indispensável destacar a função do enfermeiro, pois ele é o profissional responsável por todos os procedimentos relacionados ao tratamento de feridas crônicas. Devendo coordenar a equipe, avaliar as feridas, indicar a terapia adequada, estar totalmente ligado a todos os procedimentos realizados no tratamento.

Assim, para conseguir realizar todas suas funções de maneira adequada esse pro-

fissional deve ter os conhecimentos necessários para prevenir o aparecimento, indicar os cuidados mais pertinentes ao tratamento e proporcionar ao cliente a sua independência da melhor forma possível. Eles devem mostrar autonomia para não deixar que sua função seja extraída por outros profissionais, devendo comprovar o seu verdadeiro papel no tratamento de feridas crônicas.

Foi mostrado neste estudo que os conhecimentos adequados para realização da prevenção e do tratamento de feridas crônicas devem ser adquiridos durante a formação acadêmica. Assim, pode-se sugerir que as instituições de ensino aumentem a carga horária da disciplina em que é estudado esse assunto, para que disponibilize ao mercado, profissionais com capacidade adequada de se tratar as UPs, a fim de fornecer uma assistência de qualidade que não comprometa sua atual profissão.

Após a formação, conforme foi visto em estudo é de extrema relevância a atualização dos conhecimentos através de cursos de especialização, educação continuada e/ou cursos de atualização para realização dos procedimentos. Pode-se sugerir que as instituições de saúde invistam em seus funcionários e disponibilizem cursos de capacitação aos profissionais de enfermagem e que nos ESFs sejam realizados grupos operativos sobre paciente com feridas crônicas para que os familiares saibam realizar medidas preventivas aos clientes que se encontram acamados no domicílio.

Para se alcançar todos os objetivos, a fim de melhorar a qualidade da assistência, os profissionais devem ter persistência em procurar essa informação, pois saber programar decisões adequadas e saber agir com atitude e competência, só é possível através da busca e atualização do conhecimento.

Referências

- ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes. **Preparo do Leito da Ferida**. In: MALAGUTTI, Willian; KAKIHARA, Cristiano Tárzia. Curativos, Estomias e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional. 2 ed. São Paulo: Martinari. 2011.
- ALMEIDA, W.A.; FERREIRA, A.M.; IVO, M.L, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com feridas complexas crônicas. **Rev Fund Care Online**. 2018 jan/mar; 10(1):9-16.
- BARBOSA, M. A et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.09-15, 2014.
- BLANES, L. **Tratamento de feridas: Cirurgia vascular, guia ilustrado**. São Paulo: 2014. Disponível em: URL: < http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf - > Acesso em: 20 abr. 2022.
- BORGES, E. L. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. 246 p.
- CANDIDO, L. C. **Feridólogo: tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas**. São Paulo, Dez, 2016.
- CARMO S.S., CASTRO C.D, RIOS V.S, SARQUIS M.G.A. - Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Rev. Eletr. Enfermagem**. 2017;9(2):506-17.
- CARNEIRO, C. M.; SOUZA, F. B.; GAMA, F. N. Tratamento de feridas: assistência de Enfermagem nas unidades de atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 2, nov./dez. 2010.



- CHIBANTE, C.L.P.; SANTO, F.H.E.; SANTOS, T.D.; PORTO, I.S.; DAHER, D.V.; BRITO, W.A.P. Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. **Esc. Anna Nery**, v.21, n. 2 Rio de Janeiro; 2017.
- CUNHA, N. A. **Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas**. 2006. 33 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO, União de Escolas Superiores da Funeso – UNESF, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Olinda, 2016.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. Coordenação e revisão de Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 2011.
- FERREIRA A. M; BOGAMIL D. D. D; TORMENTA P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq. ciênc. saúde**; 15(3): 103-105, jul.-set. 2018.
- FRANCO, D.; GONCALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, jun. 2018.
- GEOVANI, T.; JUNIOR, A. G. O. **Manual de curativos**. 2. ed.rev.e ampl. São Paulo: Corpus, 2018.
- GERSTBERGER, M.; FRASSON, A.P.Z. Permeabilidade cutânea e os efeitos de cosméticos. **Rev. Contexto & Saúde**, Ed. Unjuí, v.3, n.7, p.245, 2014.
- HARRIS, M.I.N.C. **Pele: estrutura, propriedades e envelhecimento**. Editora Senac. São Paulo. 392p. 2019.
- JACODINO, C. B; SEVERO, D. F. de; RODRIGUES, K. R.; LIMA, L. de; EINHARDT R. R.; AMESTOY, S. C. Educação em Serviço: Qualificação da Equipe de Enfermagem para o Tratamento de Feridas. **Cogitare Enferm**. 2010 Abr/Jun; 15(2):314-8
- JUNQUEIRA, L.C.U.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. 474 p.
- LIEDKE, D.C.F.; JOHAN, D.A.; DANSKI, M.R. Consultório de enfermagem para tratamento de feridas em hospital de ensino. **Cogitare Enferm**. 2014 Jul/Set; 19(3):590-6.
- LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. HealthSci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 85-89, 2007.
- MARINS, M.J.S.; VILELA, E.M.; TAKEDA, E.; SANTOS, I.F. Assistência de enfermagem ao portador de alterações na integridade cutânea: um relato de experiência de ensino-aprendizagem. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 36(4): 338-44.
- MARTINS, José Carlos Amado; SIMÕES, Isabel Maria Henrique. **Celulites, Fasceíte, e Miosites: Atualidade e Utilização da Oxigenoterapia Hiperbárica**. In:
- MARTINS, J.V. **Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea - Academia das Ciências de Lisboa**. Lisboa: Verbo. 2010.
- MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.A. de F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 43(1):223-8, Mar 2019
- MELO, L.P.; SILVA, N.P.; SILVA, K.C.L.; PONTE, M.P.T.R.; GUALDA, D.M.R. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. **Cogitare Enferm**. 2011;16(2):303-10
- MORAIS, G. F. da C.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2018.
- MORAIS, G.F.C.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M.J.G.O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm**. 2008;17(1):98- 105.
- MENDONÇA, R. J. de; NETTO, J. C.. Aspectos celulares da cicatrização. **An. Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, Julho, 2019.
- NÓBREGA, G.; MELO, G.S.M.; COSTA, I.K.F.; DANTAS, D.V. et al. Mudanças na qualidade de vida de pacientes com úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário. **Rev enferm UFPE on line**.

2011 mar./abr.;5(2):220-27.

PEREIRA, S.M.; SOARES, H.M. Úlceras por pressão: percepção dos familiares acerca do impacto emocional e custos intangíveis. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIII, n. 7, jul. 2012.

RIBEIRO, M.A.S.; LOPES, M.H.B.M. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um curso à distância sobre tratamento de feridas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.14, n.01, p.77-84, jan/fev 2006.

SALOMÉ, G. M.; ARBAGE, C. C. A aplicabilidade da papaína no tratamento de úlceras por pressão de calcâneo: relato de experiência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 11, n. 123, p. 364-367, 2008.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Perfil dos portadores de úlceras por pressão internados em hospitais privados da região metropolitana de Recife, João Pessoa e Aracaju. **Revista Nursing**, Olinda, v. 12, n. 142, p. 125-129, 2010.

SILVA, E.W.N.L.; ARAUJO, R.A.; OLIVEIRA, E.C.; FALCÃO, V.T.F.L. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2010; 22(2):175-185.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B.; organizadores. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2017.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 2. vol. São Paulo: Guanabara Koogan, 2015.

SOUSA, C.A.; SANTOS, I.; SILVA, L.D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**; 2016;59(3):279-84.

SOUZA, Aline Campos Melo. Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e Venosas. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol.27. Nº 9, pag. 296-312. Apr. / Jun., 2019.

CAPÍTULO 39

SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PÊNIS

***MEN'S HEALTH IN PRIMARY CARE: PENILE CANCER
PREVENTION***

Indiana Ingrid Sousa Carvalho¹

Vanessa Laís Costa¹

Elizabeth Carlos de Carvalho²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

2 Especialista em Auditoria, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro- RJ. Enfermeira, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

Resumo

A política foi formulada com base em estudos recentes, que trazem informações fundamentadas dos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento dos homens, em relação à própria saúde. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde. Sendo assim, o estudo é relevante, pois os homens possuem alguns indicadores preocupantes, visto que, apresentam menor iniciativa voluntária, além da pouca disponibilidade, no que diz respeito à procura por consulta médica na forma de prevenção e de conscientização, ou ainda, aderirem pouco aos tratamentos assim determinados pelos profissionais de saúde. Desta forma, emergiu a seguinte questão norteadora: qual o papel da atenção básica na prevenção do câncer de pênis? O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a saúde do homem na atenção básica e a prevenção do câncer de pênis. Os objetivos específicos foram dispostos em: discorrer sobre a saúde pública no Brasil; conceituar sobre o câncer de pênis n Brasil; enfatizar sobre a importância da saúde do homem na atenção básica e a prevenção do câncer de pênis. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: saúde do homem; câncer; atenção básica. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 16 foram excluídos, totalizando 44 para a amostra final deste estudo.

Palavras-chave: Saúde do homem. Câncer. atenção básica.

Abstract

The policy was formulated based on recent studies, which provide well-founded information on indicators of illness and mortality in the male population, which reinforces the importance of more comprehensive care for changes in men's behavior in relation to their own health. Above all, it aims for health services to recognize men as subjects in need of care and, thus, encourage them to take care of their own health. Therefore, the study is relevant, as men have some worrying indicators, since they have less voluntary initiative, in addition to little availability, with regard to seeking medical consultation in the form of prevention and awareness, or even adhering to little to the treatments determined by health professionals. Thus, the following guiding question emerged: what is the role of primary care in the prevention of penile cancer? The general objective of the study was to discuss men's health in primary care and the prevention of penile cancer. The specific objectives were arranged in: discussing public health in Brazil; conceptualize about penile cancer in Brazil; emphasize the importance of men's health in primary care and the prevention of penile cancer. This was a literature review, with a search for studies in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database, based on the crossing of the descriptors: men's health; cancer; basic attention. For the inclusion of studies, we looked for those with publications from the last 10 years, in Portuguese, in full and that matched the proposed theme, and as an exclusion criterion, articles that were in another language and incomplete. Therefore, 60 studies were found, of which 16 were excluded, totaling 44 for the final sample of this study.

Key-words: men's health; cancer; basic attention.



1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a política de saúde passou a ter expressão e ganhar reconhecimento e dimensão social após a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). Antes deste, a saúde não era pensada como direito, mas pautada no mundo do trabalho e vinculada à Previdência Social, além da subordinação a um sistema de serviços de saúde que se caracterizava pela insuficiência, falta de coordenação e ineficiência.

No ano de 2009, o Ministério da saúde lançou A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens. Esta surge com a finalidade de promover ações que contribuam para a realidade singular masculina, de modo a sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições sociais e de saúde, desenvolvendo práticas cotidianas de prevenção e cuidados.

A política foi formulada com base em estudos recentes, que trazem informações fundamentadas dos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento dos homens, em relação à própria saúde. Tem ainda, o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantando assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientando os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde.

Sendo assim, o estudo é relevante, pois os homens possuem alguns indicadores preocupantes, visto que, apresentam menor iniciativa voluntária, além da pouca disponibilidade, no que diz respeito à procura por consulta médica na forma de prevenção e de conscientização, ou ainda, aderirem pouco aos tratamentos assim determinados pelos profissionais de saúde. Tais comportamentos contribuem de forma inconsciente, a grupo considerado “descoberto” da população, no qual há forte indício, que na presença de doenças ou complicações, podem ser surpreendidos por doenças graves e, ou também crônicas

Além de tais indicadores citados acima, existem patologias que podem acometer exclusivamente os homens, tais como: câncer de testículo, de próstata, disfunção erétil, dentre outros. Desta forma, emergiu a seguinte questão norteadora: qual o papel da atenção básica na prevenção do câncer de pênis?

O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a saúde do homem na atenção básica e a prevenção do câncer de pênis. Os objetivos específicos foram dispostos em: discorrer sobre a saúde pública no Brasil; conceituar sobre o câncer de pênis n Brasil; enfatizar sobre a importância da saúde do homem na atenção básica e a prevenção do câncer de pênis.

Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: saúde do homem; câncer; atenção básica. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publica-

ções dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 60 estudos, onde 16 foram excluídos, totalizando 44 para a amostra final deste estudo.

2. SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PÊNIS

O câncer de pênis (CP) é uma neoplasia rara mais comum em homens com 50-70 anos de idade (SANTOS, et al. 2018). Embora seja altamente tratável nas suas fases iniciais, o tratamento confere geralmente consequências físicas e psicológicas significativas. O medo e o constrangimento, para além do estigma social, resultam no atraso de procurar tratamento até 1 ano em 15-50% dos doentes (SANTOS, 2017).

O local mais comum para o câncer peniano é a glândula, que representa 48% dos diagnósticos, seguido do prepúcio (21%), glândula e prepúcio (9%), sulco coronal (6%) e, invulgarmente, a haste (<2%) (WIND, et al., 2019). O subtipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular, que é responsável por 95% das lesões diagnosticadas. Outros subtipos não sequenciais incluem o sarcoma, melanoma, carcinoma basocelular e linfoma (OLIVEIRA et al., 2020).

Embora seja altamente tratável em seus estágios iniciais, o tratamento geralmente confere consequências físicas e psicológicas. Medo e constrangimento, além de estigma social, resultam no atraso na procura de tratamento em até 1 ano em 15-50% de pacientes (SANTOS et al., 2018).

Em contrapartida, países com sistemas médicos robustos e práticas religiosas conducentes a altas taxas de circuncisão, como Israel, registam a mais baixa incidência, com 0,1 em 100.000 (MAGALHÃES et al., 2017). Nos países desenvolvidos, o câncer de pênis é um diagnóstico bastante raro. Historicamente, a incidência nos EUA diminuiu de 0,84 por 100.000 no final da década de 1970 para 0,58 na década de 1990 (PROTZEL; HAKENBERG, 2020).

Um estudo subsequente examinando dados da base de dados SEER para quase 5.000 homens de 1998 a 2003 reportou uma incidência de 0,81 por 100.000. Os asiáticos e os habitantes das ilhas do Pacífico tinham as taxas mais baixas, enquanto que os hispânicos tinham taxas muito mais elevadas, com um aumento de risco de 72% em comparação com os não-hispânicos (BEZERRA et al., 2020).

Observou-se também uma incidência mais elevada nos estados do Sul com um estatuto socioeconómico mais baixo. A incidência, no início dos anos 2000, na Europa e no Reino Unido é semelhante à dos EUA com taxas entre 0,45-1,7 por 100.000, contudo, enquanto a incidência na Europa e nos EUA tem vindo a diminuir, um artigo recente relatou um aumento da incidência no Reino Unido de 1,1 para 1,33 em 100.000 homens entre 1979 e 2009. Este aumento coincidiu com a revolução sexual pós Segunda Guerra Mundial e uma maior exposição ao HPV e a outras doenças sexualmente transmissíveis (ERBERSDOBLER, 2018).

O câncer do pênis é uma neoplasia rara com baixa incidência nos países desenvolvidos. Uma das maiores incidências mundiais é encontrada na Índia com taxas de 3,32/100.000 habitantes, e a menor incidência é em homens judeus nascidos em Israel com taxas próximas de zero (VELAZQUEZ et al., 2019).

Nos Estados Unidos, a taxa de incidência é de 0,2 casos por cada 100.000 habitantes, enquanto que no Brasil a taxa de incidência de câncer do pênis é de 2,9 - 6,8/100.000 habitantes, o que faz com que este país tenha uma das taxas de incidência mais elevadas do mundo para esta neoplasia, isso nos anos 2010 (KORKES et al., 2020).

Há muitas etiologias propostas subjacentes ao desenvolvimento do câncer do pênis, embora muitos aspectos da fisiopatologia desta doença estejam ainda pouco elucidados. O que se sabe é que existe uma forte associação entre a presença do prepúcio e o desenvolvimento da doença. O risco de desenvolvimento desta neoplasia foi estudado por Erbersdobler em três grupos de indivíduos (COELHO et al., 2018).

Nos que nunca tinham sido circuncidados, o risco era 3,2 vezes maior do que nos que foram circuncidados à nascença e 3 vezes maior do que nos que foram circuncidados durante o período neonatal. Da mesma forma, uma incidência de 3,3% entre os indivíduos não circuncidados e 0% naqueles circuncidados após o nascimento (GOMES et al., 2019).

O Brasil é um país com uma das maiores incidências de câncer peniano do mundo; a frequência desta neoplasia é variável dependendo da região considerada, e está diretamente relacionada com as condições socioeconômicas locais. A incidência relativa foi de 2,1% das neoplasias masculinas, atingindo 5,7% na região Nordeste, 5,3% na região Norte, 3,8% na região Centro-Oeste, 1,4% na região Sudeste e 1,2% na região Sul (GOMES et al., 2019).

As características socioeconômicas e demográficas identificadas neste estudo mostram que os estudantes da área da saúde tinham uma idade média de 2685 anos, com predominância de sujeitos com estatuto civil único, amostra e predominância do sexo feminino, matriculados no curso de enfermagem e religião católica (NETO, 2019).

No estudo foi observado que 93,1% dos participantes discordam que o câncer do pênis só é encontrado em indivíduos com mais de 50 anos de idade; em contradição com o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva do Brasil (INCA), o mesmo afirma que o câncer do pênis é um tumor raro, com maior incidência nos homens a partir dos 50 anos, embora possa atingir também os mais jovens (FREITAS et al., 2020).

O câncer do pênis não é muito frequente nos países desenvolvidos, correspondendo a não mais do que 0,4% do câncer que afetam os homens. Há poucos anos atrás, uma atenção especial começou a ser pago para a detecção de lesões potencialmente infecciosas devidas para HPV na população masculina (ALVES; QUEIROZ; MEDEIROS, 2012).

Para Guimarães et al. (2017), especialmente em regiões com maiores níveis de incidência de câncer do pênis, como no Norte e Nordeste do Brasil e considerando que o HPV é a infecção viral sexualmente transmissível que mais afeta a população sexualmente ativa, os estudos destinados a verificar a relação entre o câncer peniano e a presença de HPV ser altamente relevante.

A relação direta entre o câncer do pênis e a manutenção de padrões de higiene adequados, bem como a maior ou menor prática da circuncisão e a idade em que é realizada, apoiam a ideia de que a doença pode ser evitada e que circuncisão infantil sistemática, como recomendam vários autores, poderia determinar uma redução drástica em níveis de incidência deste tipo de câncer (DE PAULA et al., 2016).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde brasileiro, estima-se que existam 850 procedimentos cirúrgicos penianos parciais ou completos realizados no contexto da malignidade anualmente no Brasil, sendo aproximadamente 50% destes procedimentos realizados nas regiões Norte e Nordeste do país. No estudo de Da Silva et al. (2020) foi observado uma predominância de relatos de câncer de pênis no Norte e Nordeste (53,02%), que são regiões com índices de desenvolvimento humano mais baixos.

O Brasil tem a maior incidência com 2,8-6,8 por 100.000 e o câncer do pênis é o quarto tumor mais comum nos homens (VIEIRA, et al., 2020). No interior do país, é evidente uma distribuição geográfica e socioeconômica. O câncer do pênis é responsável por 2,1% dos casos malignos masculinos em todo o país. No entanto, a região Nordeste reporta 5,7%, muito mais elevada em comparação com a região Sudeste, mais desenvolvida economicamente, que reporta o câncer do pênis como sendo responsável por apenas 1,2% da malignidade masculina (BRASIL, 2020).

Os afetados eram mais susceptíveis de serem brancos, fumadores, incircuncisos, na sua 6ª década de vida, e têm um baixo estatuto socioeconômico. Estudos epidemiológicos prospectivos sobre câncer de pênis são raros. No Brasil não existem estudos epidemiológicos multicêntricos a respeito dessa neoplasia. O CP é uma doença agressiva e mutilante que afeta profundamente a autoestima do doente (FAVORITO et al., 2018).

2.1 Fatores de risco

Os fatores de risco associados a uma maior probabilidade de desenvolver a doença, bem como os fatores associados com maiores taxas de incidência, são claramente conhecidos (ANTIQUERA, 2020). No entanto, nem o impacto global do câncer de pênis nem as variações de acordo com diferentes áreas geográficas ou as tendências de mudança em diferentes intervalos de tempo são precisamente conhecidos (RAPÔSO et al., 2016).

Enquanto que as malignidades penianas invasivas são conhecidas por afligirem mais frequentemente os homens na sua 6ª década de vida, qualquer homem pode ser afetado. Está provado que numerosos fatores de risco aumentam o risco de desenvolvimento de doenças invasivas. A fimose, falta de circuncisão, obesidade, tabagismo, fototerapia UVA, e estatuto socioeconômico têm sido estudados há muitos anos (PROTZEL; HAKENBERG, 2020).

Também tem havido um interesse crescente na infecção por HPV e estados imunologicamente comprometidos como possíveis fatores incitantes para o desenvolvimento de uma malignidade peniana. Cada fator é descrito a seguir no estudo (COELHO et al., 2018).

Falta de circuncisão. A falta de circuncisão é um fator de risco bem aceite para o CP.



De fato, proporciona uma proteção praticamente absoluta contra a doença quando realizada no período neonatal. O diagnóstico de câncer do pênis em um adulto circuncidado como recém-nascido é tão raro, que muitas vezes justifica um relatório de caso (SOUZA; MARQUES, 2015).

De acordo com Da Silva et al. (2015), o efeito protetor da circuncisão foi relatado pela primeira vez em 1932 num grande estudo de coorte de doentes com câncer do pênis que revelou uma anomalia demográfica acentuada, uma vez que não se registaram casos nos doentes judeus. Um relatório posterior, abrangendo os anos 40 a 90, mostrou que dos 50.000 casos de CP, apenas 10 eram em homens com circuncisões neonatais; uma proporção de homens não circuncidados para homens circuncidados de 5.000:1.

Pensa-se que os mecanismos de proteção da circuncisão se devem à melhoria da higiene, à diminuição do risco de transmissão de HPV e HIV, bem como à redução da inflamação crônica. Uma recente revisão sistemática de Costa et al. (2013) encontrou um forte efeito protetor da circuncisão precoce no câncer do pênis invasivo com um *odds ratio* (OR) de 0,33. Inversamente, a circuncisão na idade adulta parecia aumentar o risco de doença invasiva (OR 2,71), mas o resultado pode ser devido a um viés de seleção (SOUZA; MARQUES, 2015).

Fimoses e higiene deficiente. A fimose é uma incapacidade patológica para retrair o prepúcio e pode ser encontrada em 25-75% dos doentes com CP (OLIVEIRA, et al. 2020). É um potente fator de risco de câncer do pênis com intervalo OR de 4,937,2 e provavelmente facilita o aumento do risco visto com a falta de circuncisão. A condição pode levar a uma higiene deficiente e à acumulação de Esmegma sob a pele prepucial, que historicamente se pensava estar envolvida na carcinogênese do câncer de pênis (BRASIL, 2020).

Contudo, esta ligação foi contestada num estudo não encontrou provas científicas de que a Esmegma tenha quaisquer efeitos nocivos. Por outro lado, tanto a balanite (inflamação) como a pós-títese (inflamação da pele prepucial) podem ser exacerbadas pela fimose, e têm estado ligadas ao desenvolvimento de malignidades penianas invasivas (MAGALHÃES et al., 2017).

Vários estudos têm atribuído um aumento do câncer do pênis a uma higiene peniana deficiente. Este efeito foi salientado num estudo baseado na população dinamarquesa de casos diagnosticados entre 1943-1990, que relatou uma diminuição progressiva da incidência ao longo do tempo (FAVORITO et al., 2018).

Esclerose de líqüenes e condições inflamatórias. A inflamação crônica é um mecanismo proposto para a carcinogênese em múltiplos tipos de malignidades. Foi relatado um historial de pós-títese e balanite respectivamente em 45% dos doentes com CP em comparação com 8% dos controles (SANTOS, 2017). Uma meta análise de 443 casos encontrou um OR de 3,82 para o desenvolvimento de câncer do pênis associado à balanite (ANDRADE, 2021).

Na mesma linha, a esclerose do líqüen, uma condição inflamatória crônica, bem como uma variante progressiva conhecida como Balanite xerótica obliterante (BXO), foram também implicadas no desenvolvimento de malignidade (BONFIM, 2017). A sua correlação com o câncer do pênis foi originalmente subestimada, contudo, a literatura mais recente

indica que 28-50% dos doentes com CP tinham um historial de BXO e estima um risco de 2-15% de desenvolver um carcinoma espinocelular do pênis. O risco é mediado pelo desenvolvimento da fimose, um fator de risco conhecido para o câncer do pênis (ERBERSDOBLER, 2018).

A obesidade é um fator de risco bem reconhecido para os casos malignos em geral, com uma população declarada atribuível a 3,6% para todos os casos malignos. O efeito é mais pronunciado nas mulheres do que nos homens, em grande parte porque os cânceres endometriais, mamários e do cólon apresentam a associação mais forte com um aumento do IMC (SCUSSEL; MACHADO, 2017).

Os mecanismos propostos para esta associação incluem inflamação crónica e resistência à insulina, uma vez que a progressão tumoral tende a ser mediada pelo aumento das vias inflamatórias e de sinalização da insulina. A associação específica do CP com a obesidade é bastante escassa na literatura (VELAZQUEZ, et al., 2019).

De acordo com estudo de Siqueira, et al. (2011), em uma população com base hospitalar mostrou um aumento de 49% nas probabilidades de diagnóstico invasivo do câncer do pênis por cada aumento de cinco unidades no IMC em homens com excesso de peso. O seu grupo validou posteriormente os resultados com um estudo baseado na população mostrando um aumento de 53% no diagnóstico por cada aumento de cinco unidades no IMC.

Para além da influência de fatores metabólicos no desenvolvimento e progressão do câncer, a obesidade leva-me a dificuldades com a higiene genital, o que pode resultar numa fimose funcional. Isto confere riscos semelhantes em doentes com balanite crónica e fimose congênita. A obesidade também apresenta aos prestadores de cuidados de saúde desafios na realização de um exame físico adequado (SANTOS et al., 2018).

Esta relação é exemplificada por um relatório de Rapôso, et al. (2016) detalhando o caso de um homem com circuncisão neonatal que desenvolveu carcinoma espinocelular pT3N0 do pênis. Embora teoricamente tenha ganho o efeito protetor de uma circuncisão neonatal, os desafios acima mencionados relacionados com a obesidade do indivíduo com um pênis enterrado adquirido secundariamente, supostamente contribuíram para o seu desenvolvimento.

Em contraste com os estudos acima referidos, um relatório recente de 433 doentes com câncer do pênis não mostrou qualquer associação significativa entre a obesidade e o diagnóstico ou sobrevivência específica da doença, uma vez diagnosticada (BEZERRA et al., 2020). Fatores sociais: estatuto socioeconómico e estado civil. As disparidades socioeconómicas estão associadas ao aumento da incidência de câncer em geral (VIEIRA et al., 2020). A literatura que examina estas relações com o CP é escassa. Um estudo populacional da Suécia relatou um risco acrescido de CP invasivo nos indivíduos com baixo rendimento disponível e baixo nível de educação. Curiosamente, a mesma relação não foi observada com a doença (BONFIM, 2017).

Este efeito deve-se em parte ao baixo conhecimento da doença e a um atraso na procura de tratamento de 6 meses a um ano devido ao constrangimento sobre a doença. No que respeita ao estado civil, um estudo da base de dados relatou que os homens solteiros

tiveram um aumento de 1,5 vezes no risco de doença localmente avançada e um aumento de 1,3 vezes na mortalidade global (MARQUES et al., 2021).

O sistema imunitário tem uma influência significativa no risco de contrair HPV, bem como no seu curso infeccioso e depuração, o que afeta o desenvolvimento de algumas lesões pré-malignas. Sabe-se que os indivíduos soropositivos, bem como os receptores de transplante de órgãos, correm um risco acrescido de contrair o vírus HPV (OLIVEIRA et al., 2020). Enquanto a maioria das infecções são eliminadas pelo sistema imunitário, o indivíduo imunocomprometido tem uma capacidade reduzida de neutralizar as oncoproteínas E6 e E7 e eliminar a infecção pelo HPV.

Como resultado, os pacientes em estado imunocomprometido crônico correm um risco muito maior de infecção pelo HPV ano-genital. Um estudo descobriu que os doentes com transplante renal estão a correr um risco 17 vezes maior. Por outro lado, o estado positivo de HIV foi associado a um aumento de 4 vezes na infecção por múltiplos subtipos de HPV, o que leva a um risco acrescido de desenvolvimento de doença invasiva. Considerando os riscos, resta saber se esta população em risco irá beneficiar da vacinação profiláctica contra o HPV, uma vez que muitos dos doentes já foram expostos (LIMA; SCHWARZ, 2018).

2.2 O estado da saúde dos homens no Brasil

A segunda metade da década de 1990 testemunhou a fundação das Organizações da Sociedade Civil Brasileira (OSCBs), do Instituto Promundo (Rio de Janeiro) e Instituto Papai (Recife) e dos grupos de pesquisa acadêmica GESMAP (Grupo de Estudos sobre Sexualidade, Masculinidade e Paternidade, São Paulo) e Gema / UFPE (Pesquisa Grupo de Gênero e Masculinidades, Recife), instituições que desde então têm feito ações sociais inovadoras intervenções, campanhas, pesquisas e trabalhar a questão de gênero, masculinidades e equidade de gênero, aumentando a consciência social e capturando a atenção dos formuladores de políticas de saúde (XIMENES NETO et al., 2013).

Em um dos artigos brasileiros pioneiros sobre o assunto, estudo de Gomes [2003], citado por Mozer e Correa, questionou a importância de especificamente discutir sobre sexualidade masculina e saúde masculina:

Um possível argumento que podemos usar para responder esta questão diz respeito ao entendimento de que as pessoas - homens e mulheres - devem ser tratados em suas singularidades, tanto quanto em seus atributos relacionais e sua formação cultural mais ampla (MOZER; CORREA, 2014, p. 578).

Desta forma, com foco nas singularidades dos homens não levam necessariamente a perder visão da perspectiva relacional denotada por gênero. Existem argumentos ao responder a uma investigação semelhante "vale a pena trazer a questão de homens e masculinidades para a agenda da saúde e estudos de gênero?", sua resposta afirmativa levou em consideração de que isso traria pelo menos três novas percepções para o campo (OLIVEIRA et al., 2015, p. 23):

1) Exige que pesquisadores e formuladores de políticas abordem questões de relações intergênero, com imensos efeitos sobre práticas preventivas e, principalmente, na promoção da saúde, deixando para trás abordagens individualizadas; 2) traz novos temas para estudos e políticas de saúde da mulher, impondo novas percepções (de gênero) às velhas questões de saúde de mulheres e homens; 3) destaca as ligações entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Apesar do interesse recente pela saúde masculina mostrado por pesquisadores brasileiros durante o primeiro semestre dos anos 2000, Braz alertou que, naquele período, a falta de conscientização demonstrada pela saúde pública políticas e agentes reforçaram um certo estigma social em relação a esta população (FAVORITO et al., 2018).

Apelando para a ética princípio da equidade, o autor defendeu que mais a atenção deve ser direcionada para a saúde dos homens. Em um artigo de 2009, Carrara, Russo e Faro descreveram o papel da Associação Brasileira de Urologia (SBU) nos anos anteriores ao lançamento da PNCSAH, lançando luz importante sobre esse período e também, sobre eventos mais recentes que serão posteriormente expostos. Os autores afirmaram que a SBU se dedicou à questão da “saúde dos homens” desde 2004 e descrito seus esforços para pressionar os políticos, diferentes segmentos dos governos e conselhos de saúde específicos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (POMPEO, 2017).

Segundo os autores, além de influenciar as futuras diretrizes e princípios da política, as ações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) também visaram interesses de classe, como aumentando a remuneração dos urologistas e exigindo urologistas que trabalham pelo SUS para serem membros de sua Associação. Esta informação é apoiada pela Teixeira et al. (2014), quando descreve a “saúde sexual é o portal para a saúde dos homens”, foi amplamente divulgado pela SBU e empresas farmacêuticas por meio de diferentes mídias em rede nacional e em diversas arenas de debate em 2007 e 2008.

Conforme descrito por De Paula, et al. (2016), este debate, que ganhou força dentro do Ministério da Saúde desde 2006, foi formalizado pelo Ministro da Saúde Dr. Temporão. Em seu discurso inaugural, ele se comprometeu com 22 princípios e propostas, com o 10º para criar uma “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde para Homens”. Um ano após assumir o cargo, e mesmo antes do lançamento oficial da política, um relatório informal de Saúde Masculina, foi criada a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH).

No entanto, o desenho da PNCSAH não seria deixado exclusivamente nas mãos da SBU e outros médicos das associações. Sendo criado ao longo de um período de três (03) anos, um grupo de especialistas governamentais, não governamentais, formações acadêmicas, cooperação de agências internacionais, conselhos nacionais de saúde, médicos das associações, se reuniram para traçar os contornos da PNCSAH (BEZERRA; JÚNIOR, 2014).

Além disso, uma série de discussões públicas foram realizadas, por meio de seminários nacionais e locais. Os debates tensos giraram em torno dos representantes médicos “empurrando” para uma perspectiva biomédica e acadêmicos encorajando uma visão “(...) mais gênero e sociológico (focada na classe social, raça, juventude e orientação sexual”. Em resumo, as principais razões identificadas por esses especialistas e debates para justificar uma política específica para homens adultos, eram, segundo Lima e Schwarz (2018).



Reconhecendo que um pequeno grupo de fatores de riscos evitáveis são responsáveis pela maioria das mortes causadas por DCNT, o Ministério da Saúde implementou o Vigitel (telefone-Vigilância baseada em fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas) em 2006. Desde então, mais de 50 mil homens e mulheres das 26 capitais e do Distrito Federal de Brasília, foram entrevistados a cada ano, ajudando a delinear o quadro epidemiológico do perfil da população, contribuindo para a formulação das políticas públicas de saúde e ao seu acompanhamento e avaliação (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017).

A porcentagem de usuários adultos de tabaco no Brasil esteve em forte declínio nas últimas décadas devido a um número de ações promovidas pela Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Em 1989, os usuários eram 34,8% de a população maior de 18 anos, em 2014, esse número atingiu o nível mais baixo de todos os tempos, 10,9%. Estimativa de pesquisadores que o declínio de 46% testemunhado no período de 1989 para 2010 resultou na prevenção de 420 mil mortes (XIMENES NETO et al., 2013).

Em contraste, políticas semelhantes não foram implementadas para a redução do consumo de álcool, que continua a crescer na população, bem como a seus resultados prejudiciais à saúde. Taxas de mortalidade devido ao álcool doenças do fígado, por exemplo, aumentaram de 2,8 por 100.000 pessoas em 1996 para 5,2 em 2010, sendo homens sete (07) vezes mais probabilidade de morrer por essa causa (TEIXEIRA et al. 2014).

Um dos principais objetivos da Política Nacional de Cuidados de Saúde Abrangentes para os Homens (PNCSAH) é facilitar o acesso a serviços de prevenção e tratamento de saúde. Os homens parecem ter uma condição mais favorável a se relacionar à atividade física, que provavelmente pode estar ligada ao fato de as mulheres terem menos tempo livre devido à sua maior carga de trabalho em casa. Ainda assim, é importante notar que 58% da população masculina não está envolvida em atividades físicas durante o tempo livre (SOARES et al., 2020).

Esses avisos são importantes como um lembrete de que a implementação da PNC-SAH não deve ser baseada em uma visão simplista e/ou estereotipada de homens adultos, mas em uma compreensão sociocultural complexa dessa população, que também leva em conta as questões de raça, etnia, idade, classe e orientação sexual. Além disso, ter uma perspectiva relacional de gênero como um dos backbones da política contribuem para a construção de uma rede de saúde abrangente que tem o potencial de geração de bem-estar não só para os homens, mas também para mulheres e crianças (MAGALHAES et al., 2015).

Finalmente, o principal locus de atenção do SUS, a atenção primária, é precisamente orientada para fogem de um modelo biomédico e de medicalização estrito, pois busca estreitar vínculos entre os profissionais de saúde e usuários e para implementar um abrangente, processo de cuidado contínuo, equitativo e humano (COSTA et al., 2013).

Para prevenir o câncer do pênis, é necessária uma higiene diária com água e sabão, especialmente após contato sexual e masturbação. É essencial educar as crianças, e a população sobre as rotinas de higiene íntima, que devem ser exercidas todos os dias. A cirurgia de fimose é uma intervenção simples e rápida. Esta operação, chamada circuncisão, é normalmente realizada na infância. Tantos homens circuncidados como homens não circuncidados reduzem as hipóteses de desenvolver

A existência de uma organização ao nível nacional pelos usuários masculinos do SUS contribuiriam certamente para resolver algumas lacunas existentes nas ações da política, entre as quais: uma fraca resposta para a prevenção de violência urbana contra jovens negros e pobres homens; o uso frequente de linguagem heteronormativa, obstruir a integração de gays, bissexuais e homens transgênicos; e a compreensão ainda superficial e debate sobre a saúde mental dos homens, tais como, o suicídio, álcool e toxicodependência (CAVALCANTI, et al., 2014).

2.3 Estadiamento do câncer de pênis

Embora as malignidades penianas invasivas sejam conhecidas pela maioria e afligem homens em sua 6ª década de vida, qualquer homem pode ser afetado (DE PAULA et al. 2016). Inúmeros fatores aumentam o risco de desenvolver doenças invasivas. Fimose, a falta de circuncisão, obesidade, tabagismo, fototerapia UVA e o status socioeconômico foram estudados por muitos anos (SOUZA; MARQUES, 2015).

O sistema de estadiamento mais usado para o câncer de pênis é o sistema TNM da *American Joint Committee on Câncer* (AJCC), que utiliza três critérios que utiliza três critérios: Tumor (T). Indica o tamanho do tumor primário e se disseminou para outras áreas; Linfonodo (N). Descreve se existe disseminação da doença para os linfonodos regionais; e, Metástase (M). Indica se existe presença de metástase em outras partes do corpo (OLIVEIRA et al., 2020).

O local mais comum para câncer de pênis é a glândula, que responde por 48% dos diagnósticos, seguido por prepúcio (21%), glândula e prepúcio (9%), sulco coronal (6%) e raramente o eixo (<2%) (DA SILVA et al., 2020). A maioria do subtipo histológico comum é o carcinoma de células escamosas, o que representa 95% das lesões diagnosticadas. Outros subtipos não escamosos incluem sarcoma, melanoma, células basais, carcinoma e linfoma (MARQUES et al. 2021).

De acordo com Da Silva et al. (2015), também tem havido um interesse crescente em Infecção por HPV e estados imunológicos comprometidos como possíveis fatores estimulantes para o desenvolvimento de uma malignidade peniana. Embora o câncer de pênis seja bastante raro em países desenvolvidos, continua a ser um problema significativo de saúde pública em nações em desenvolvimento. Existem grandes variações entre divisões geográficas e socioeconômicas e numerosos fatores riscos foram identificados, muitos dos quais são modificáveis. Conforme ensina Siqueira et al. (2011), campanhas de saúde pública são necessárias para se concentrar no aumento das taxas de circuncisão neonatal, combater as tendências do tabagismo, promover uma melhor higiene.

A lesão pode ser caracterizada como nodular, ulcerosa ou fungante, e pode ser obscurecida por fimose. O doente pode apresentar sinais de doença mais avançada, incluindo nós palpáveis e/ou sintomas constitucionais (por exemplo, fadiga, perda de peso) (OLIVEIRA, et al., 2020).

O sistema TNM da *American Joint Committee on Câncer* (AJCC) para o carcinoma peniano tem sido utilizado para encenação, tendo a atualização mais recente sido publicada

em 2010. Foi inicialmente introduzido em 1968 e posteriormente revisto em 1978, 1987 e 2002. Na atualização de 2010, o AJCC fez a distinção entre o estadiamento clínico e patológico, eliminando a diferença entre os nós inguinais superficiais e profundos (ANDRADE, 2021).

Em muitos casos, uma penectomia parcial realizada deixaria o doente com um coto curto do pênis, talvez, mas nem sempre, adequado para micção ereta, e com função sexual limitada. A morbidez psicológica destes procedimentos era e continua a ser significativa. A radioterapia radical ofereceu aos pacientes uma opção de preservação do pênis, embora com as suas próprias complicações de tratamento (WIND et al., 2019).

2.4 Diagnóstico de alterações pré-malignas e câncer peniano

O diagnóstico de CP e de alterações pré-malignas (Neoplasia peniana intraepitelial ou PeIN) tem um aumento substancial. Em primeiro lugar, isto deve-se a um maior número de biópsias a serem realizadas com o objetivo de detectar estas condições. Este fenômeno pode ser atribuído, em parte, a uma maior consciencialização do público (BEZERRA et al., 2020).

Políticas públicas de saúde e ações nesse sentido que visam promover a saúde dos homens, juntamente com uma mudança geracional de atitudes, levaram a que mais homens se apresentassem a um médico por condições que afetam os órgãos genitais. Uma mudança cultural tornou mais aceitável que os homens se autoexaminem e se apresentem cedo a um profissional de saúde (BONFIM, 2017).

Apesar disso, pesquisas recentes mostraram que a consciência e o acesso à informação relativa ao CP ainda são pobres. Isto pode resultar numa apresentação tardia e num mau prognóstico. Em segundo lugar, há mais biópsias do pênis a serem realizadas por urologistas, dermatologistas e médicos de saúde sexual à medida que a sensibilização no contexto dos cuidados primários e secundários aumenta em resposta às orientações publicadas em diversos canais e publicações de saúde (VIEIRA et al., 2020).

Estas biópsias, frequentemente realizadas ao mesmo tempo que uma circuncisão para uma fimose problemática, podem ser realizadas sob anestesia local. A associação entre o vírus do papiloma humano (HPV) e o CP tem estado sob os A atenção da área da saúde. A ligação entre o HPV e o câncer do colo do útero está bem estabelecida e muitos países iniciaram programas de vacinação para as mulheres antes da exposição à atividade sexual (KORKES et al., 2020).

Os homens, contudo, não são rotineiramente vacinados na maioria dos países, embora a orientação recente no Reino Unido o tenha recomendado. Embora a prevalência da infecção por HPV em pacientes com CP, ou mesmo com alterações de PeIN, varie entre 20 e 60%, a taxa é muito maior nas mulheres com câncer do colo do útero (93%) (MARQUES et al., 2021).

O exame clínico é essencial para a avaliação inicial de um doente com suspeita de carcinoma peniano. É necessário um exame completo dos LNs inguinais, com tentativas

de avaliar e avaliar a palpabilidade dos nós, número de massas inguinais, se as massas são unilaterais ou bilaterais na localização, dimensão, mobilidade ou fixação dos nós ou massas, relação com outras estruturas, e edema do pênis, escroto e/ou pernas do doente. É necessário descrever o diâmetro dos nós/massa, a localização unilateral ou bilateral, o número de nós identificados em cada região e se estes nós são móveis ou fixos (SOUZA et al., 2011).

Se um doente tiver um exame inguinal clinicamente negativo, a extensão do estadiamento baseia-se no risco de metástases nodais ocultas. A Associação Europeia de Urologia e as diretrizes da NCCN criaram as seguintes diretrizes a seguir nesta situação (COELHO et al., 2018).

Os homens com doença de baixo risco (pTis, Ta, ou T1a, grau histológico 1) devem ser submetidos a vigilância em vez de avaliação nodal por biópsia dinâmica de gânglios linfáticos sentinela (DSNB) ou ILND superficial. Os homens com doença de risco intermédio (pT1a, grau histológico 2), devem ser submetidos a uma DSNB ou a uma ILND superficial. Homens com doença de alto risco (>pT1b) devem ser submetidos a uma ILND superficial ou modificada, ou DSNB, dependendo da perícia cirúrgica. A TC/MRI ou ultrassom inguinal podem ser úteis no planeamento pré-operatório (COSTA et al. 2013).

Em homens com o exame inguinal clinicamente suspeito, sugere-se a obtenção de um FNA para avaliação patológica. Em homens com doença de baixo risco (pTis, pTa, pT1a) com adenopatia clinicamente suspeita, mas FNA negativo, recomenda-se a realização de biópsia excisional para avaliação definitiva. Para homens com doença de alto risco (maior que pT1b) com adenopatia clinicamente suspeita, mas FNA negativa, recomenda-se proceder com ILND superficial ou modificada (SOUZA et al., 2021).

Os homens com câncer do pênis que apresentam nódulos inguinais volumosos e fixos ou LN pélvicos têm taxas de sobrevivência relativamente baixas quando tratados apenas com cirurgia e são candidatos a estratégias de tratamento multimodais (VELAZQUEZ et al., 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No nosso país, há várias políticas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. De tais políticas, percebe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, apesar de ter sido estabelecida, ainda tem menor enfoque tanto na ementa acadêmica, quanto nas unidades de saúde, e isso pode ser o motivo, pelo qual o homem continua ausente dos cuidados primários.

A Atenção Primária à saúde, com base nos sistemas de saúde, é primordial para melhor desempenho das esferas administrativas. A APS revela ser o elemento chave para o sistema de saúde, com a capacidade de influenciar nos seus indicadores.

A PNAISH identifica que é de grande relevância tratar a saúde do homem na perspectiva de gênero, considerando a heterogeneidade do ser homem, já que histórico e socio-culturalmente, a masculinidade é construída, resultando um constante processo.

O câncer peniano é responsável por 0,4-0,6% dos diagnósticos malignos nos EUA e na Europa, e é responsável por 0,1% das mortes por câncer (RAPÔSO, et al. 2016). Em contraste, a incidência é significativamente mais elevada nos países em desenvolvimento onde o CP do pênis constitui um risco significativo para a saúde pública. Países que sofrem de disparidades econômicas ou têm baixas taxas de circuncisão, como o Brasil, Índia e nações africanas, têm a maior incidência relatada, com taxas tão altas como 6% de neoplasias malignas (MARQUES et al., 2021).

Os fatores de risco associados a uma maior probabilidade de desenvolver a doença, bem como os fatores associados com maiores taxas de incidência, são claramente conhecidos. No entanto, nem o impacto global do câncer de pênis nem as variações de acordo com diferentes áreas geográficas ou as tendências de mudança em diferentes intervalos de tempo são precisamente conhecidos.

Referências

ADAMY E. K. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem: visão dos gestores do SUS. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2415-2424, abr./jun., 2015.

ALVARENGA, W. A. et. al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 65, n. 6, dez. 2012. Disponível em: http://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=FxCNU4aBK8Si8we_ApID4Aw#q=Pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+do+homem%3A+perspectivas+de+enfermeiras+para+sua+implementa%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 25 mar. 2022.

BARBOSA, C. J. Saúde do home na atenção primaria: mudanças necessárias no modelo de atenção. **Revista saúde e desenvolvimento**. Paraná, v.6, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/USER/Downloads/277-1212-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/277-1212-1-PB%20(4).pdf). Acesso em: 24 mar. 2022.

BONADEO, Ana Paula. **Saúde do homem: conhecendo as necessidades de saúde em uma estratégia de saúde da família**. Monografia apresentada ao Curso de PósGraduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em saúde EaD, da UFSM/CESNORS. 2012

BORGES, M.M. **A política de Saúde do Homem na estratégia saúde da família: uma análise da percepção dos profissionais e usuários atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família no Monte Castelo**. 2011. 95f. Campina grande- PB. 2011. 95f. Monografia (Bacharel em Serviço social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina grande, 2011. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1685/1/PDF%2520-%2520Maria%2520Montinelli%2520Borges.pdf&ved=2ahUKE-wictMvGtJzmAhWSpFkKHaJrBdkQFjAAegQIBRAB&usq=AOvVaw34Ffkxr5ItY2D-0KjodVck>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de regulação do sistema de saúde**. Brasília: ministério da saúde, 2018. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wpcontent/uploads/2019/05/CBR-SUS-SP.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Homem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdfCONS.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Homem**: promoção e prevenção à saúde integral do homem. 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-az/saude-do-homem>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011. 13 p.
- CAROLINO, U. M. de S. **Saúde do homem**: dificuldade de adesão aos cuidados primários em saúde. 2012. 35f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Fundação Educacional do Município de Assis- FEMA, ASSIS, 2012.
- CHANDRETTI, Guilherme de Souza. et al. A invisibilidades do homem na atenção primaria à saúde. **Revista APS**. Juiz de Fora/ MG, v. 19, n. 2, p. 330-330, abr./ jun., 2016.
- CHAVES, O.A.C.T. A saúde do homem como prioridade na unidade básica de saúde do município de Itaguara. 2014. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Itaguara, 2014.
- COELHO, Elza Berger Salema. et. al. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- DELZIOVO, C. R. et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n.5, mai., 2018.
- DUARTE, S.J.H.; OLIVEIRA, J.R; SOUZA, R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.03, n. 01, p. 520-530, 2012.
- DUTRA D.G. et al. Saúde do homem: uma visão sociocultural sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. In: III Seminário de Pesquisas e TCC da Faculdade União de Goyazes. **Anais...** Trindade: FUG, 2012.
- FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.
- FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 935-944, 2011.
- FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011.
- FRANCISCO, Priscila Pereira. **Saúde e autocuidado na ótica de docentes e discentes**: a política nacional de atenção integral à saúde do homem em foco. / Priscila Pereira Francisco. – Niterói: [s.n.], 2014. 53 f.
- GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p.2589-2596, out. 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Sharene/Downloads/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.
- JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégias de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 144-152, mai./ago., 2011.
- KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.10, p. 2617-2626,

jan./out., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>. Acesso em: 20 out. 2019.

KRUG, R. de R.; XAVIER, A. J.; D'ORSI. Factors associated with maintenance of the use of internet, EpiFlo-ripa Idoso longitudinal study. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.52, abr. 2018.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2607-2616, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

MACHADO, M.F.; RIBEIRO, M.A.T. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.41, p.343-55, abr./jun. 2012.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?!: estratégias de atenção à saúde dos homens. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2016.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. **Atenção à saúde no Brasil**. Brasília, p. 15 - 44. 2016.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Jequié/BA, v.18, n. 4, p. 635 - 643, 2014.

PEREIRA, M. M. M. *et al.* Saúde do homem na Atenção Básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Revista de Enfermagem**. Recife/PE, v. 9, p. 440-447, 2015.

SCHWARZ, Eduardo; LIMA, Daniel Costa. Paternidade e Cuidado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 67 p.

Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais: Culturas, leituras e representações, **anais...** João Pessoa, PB: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 2009. p. 1-8. Disponível em: <http://itaporanga.net/genero/gt3/2.pdf>. Acesso em: 12 dez 2017.

SILVA, A. C. L.G. da; KRETZER, M. R.; NAZARIO, N. O. **Prevenção e cuidados às doenças prevalentes em homens**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SILVA, B. T. O. *et al.* Promoção e prevenção da saúde do homem. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**. Aracaju, v. 2, n. 1. p. 95-101, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/924/526>. Acesso em: 17 out. 2019.

SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Pesquisa Research – Investigación**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.561-568, 2012.

SOUZA, Luiz Paulo *et al.* Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-304, 2014.

CAPÍTULO 40

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA

***NURSING CARE FOR ELDERLY PEOPLE WITH DEPRESSION IN
PANDEMIC TIMES***

Alessandra Alves¹

Michele Costa Gusmão¹

Shyrle Cristina Pereira¹

Elizabeth Carlos de Carvalho²

Thâmara Silva Ribeiro Ramos³

Elton Rodrigues Chaves⁴

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura⁵

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

2 Especialista em Auditoria, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro- RJ. Enfermeira, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

3 Pós Graduada em Urgência e Emergência, Docente da Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

4 Pós graduação em Terapia Intensiva pela FATEC INTERNACIONAL

5 Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

Resumo

A enfermagem precisa dar um novo significado às intervenções de cuidado ao idoso, a fim de manter a autonomia e independência do idoso, melhorar sua qualidade de vida, focar no gerenciamento do momento pandêmico e vislumbrar cenários futuros para empoderar o cuidado geriátrico, principalmente após a pandemia do Covid-19. Tal pandemia de proporções históricas, implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada em vários níveis, mas, especialmente diante da morte, que vem no formato de inúmeras e inestimáveis perdas, levando a pessoa idosa buscar pelo isolamento social até nos dias atuais, ocasionando o surgimento de depressão, melancolia. Desta forma, o objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a depressão da pessoa idosa desenvolvida em tempos de pandemia e os cuidados do enfermeiro com este paciente. Tratou-se de revisão de literatura, a partir de livros, revistas e artigos publicados nos últimos 10 anos. Para critério de inclusão, se optará por estudos que estivesse na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto. Como critério de exclusão, se optará por excluir o que não a condiziam com os descritores. Para tanto, será cruzado os descritores: Idoso; Depressão; Pandemia, onde se encontrou 25 estudos, e que, após a exclusão, utilizou-se 10 para a construção deste estudo. As pesquisas serão realizadas em sites de revista de saúde e na base de dados da *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Palavras-chave: Idoso. Pandemia. Enfermagem.

Abstract

Nursing needs to give new meaning to care interventions for the elderly, in order to maintain the autonomy and independence of the elderly, improve their quality of life, focus on managing the pandemic moment and envision future scenarios to empower geriatric care, especially after Covid-19 pandemic. Such a pandemic of historic proportions implies a psychosocial disturbance that can exceed the ability of the affected population to cope at various levels, but especially in the face of death, which comes in the form of countless and priceless losses, leading the elderly person to seek social isolation. even today, causing the emergence of depression, melancholy. In this way, the general objective of the study was to discuss the depression of the elderly person developed in times of pandemic and the nurse's care with this patient. It was a literature review, based on books, magazines and articles published in the last 10 years. For inclusion criteria, studies that were in Portuguese, in full and that matched the proposed theme, will be chosen. As an exclusion criterion, it will be chosen to exclude what did not match the descriptors. For that, the descriptors will be crossed: Elderly; Depression; Pandemic, where 25 studies were found, and that, after exclusion, 10 were used for the construction of this study. Research will be carried out on health journal websites and on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database.

Key-words: Old man; Pandemic. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Lidar com a pandemia Covid-19 requer atribuições significativas de enfermeiras que, em tempos de pandemia, entendem as complexidades da saúde dos idosos e precisam se concentrar em cuidados qualificados. Os idosos se destacam na pandemia, principalmente os portadores de doenças crônicas, o que nos leva a inúmeras reflexões, incertezas e questionamentos. Portanto, é urgente restaurar a esperança e acreditar em um cuidado robusto, qualificado e seguro ao idoso, bem como promovendo ações baseadas nas políticas e diretrizes vigentes, bem como nos pilares da gerontologia, para preservar a autonomia e independência das pessoas idosas.

A enfermagem precisa dar um novo significado às intervenções de cuidado ao idoso, a fim de manter a autonomia e independência do idoso, melhorar sua qualidade de vida, focar no gerenciamento do momento pandêmico e vislumbrar cenários futuros para empoderar o cuidado geriátrico.

Desse modo, o estudo é relevante por se compreender que, uma das dificuldades de se identificar a depressão em idosos é que alguns profissionais de saúde e até a própria família ou amigos associam sintomas da depressão as consequências normais do processo de envelhecimento.

Isso faz com que a maioria dos diagnósticos relacionados a essa enfermidade sejam feitos de forma errada, o que dificulta o tratamento e posteriormente a cura, pois tal pandemia de proporções históricas, implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada em vários níveis, mas, especialmente diante da morte, que vem no formato de inúmeras e inestimáveis perdas, levando a pessoa idosa buscar pelo isolamento social até nos dias atuais, ocasionando o surgimento de depressão, melancolia.

O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a depressão da pessoa idosa desenvolvida em tempos de pandemia e os cuidados do enfermeiro com este paciente. Para tanto, este estudo tratou-se de revisão de literatura, a partir de livros, revistas e artigos publicados nos últimos 10 anos. Para critério de inclusão, se optará por estudos que estivesse na língua portuguesa, na íntegra e que condiziam com o tema proposto. Como critério de exclusão, se optará por excluir o que não condiziam com os descritores. Para tanto, será cruzado os descritores: Idoso; Depressão; Pandemia, onde se encontrou 25 estudos, e que, após a exclusão, utilizou-se 10 para a construção deste estudo. As pesquisas serão realizadas em sites de revista de saúde e na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

2. A ENFERMAGEM E SEUS CUIDADOS À PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA

A depressão não é uma doença nova na atualidade, uma vez que tenha sido registrado desde a antiguidade na Grécia Antiga (MOLINA *et al.* 2018).

Hipócrates utilizou os termos “mania” e “melancolia” para perturbações mentais (KAPLAN, 2013). O termo depressão era usado, para designar sintomas ou caracterizar estados mentais, sendo que o nome da doença era melancolia, termo utilizado há mais de séculos, que, além de indicar uma das doenças mentais, também correspondia a um tipo de temperamento, um estado emocional baixo, infeliz, desanimado e triste. Após o século XVII, o conceito de melancolia, junto com todo o discurso psiquiátrico, modificou-se radicalmente. No século XIX, Philippe Pinel, introduziu o termo melancolia ou delírio considerando-o uma insanidade parcial.

Foi na 6ª edição do tratado de Kraepelin que o termo depressão foi introduzido como título de doença, com a denominação “psicose maníacodepressiva”. No século XX, vários termos foram estudados e debatidos, como a questão, por exemplo, da natureza endógena da depressão e os termos unipolar e bipolar. Talvez a mais marcante das mudanças tenha sido a de considerar a depressão como doença ou transtorno afetivo ou de humor (SONENREICH, 2018).

Monteiro (2007, p.22) “acrescenta que a história da depressão está intimamente ligada à temática da melancolia, passando a ser utilizada, inicialmente, durante o século XIX”. Na antiguidade, a melancolia não era associada diretamente a uma idéia de doença, em sua descrição era relacionada a um traço de superioridade intelectual e refinamento social, sendo esse o conceito até o início do século XIX. Outro ponto a ser destacado é que em 1883, Emil Kraepelin, foi o autor do primeiro Compêndio de Psiquiatria, onde deteve – se a uma definição baseada, no quadro clínico da psicose maníaco- depressiva, cujas características foram descritas como uma alternância de acessos maníacos e acessos depressivos. Assim o termo melancolia desaparece (LOPES, 2011).

Para Juruena (2011) A melancolia afetava não somente as pessoas comuns, mas também a família do imperador inca, eles consideravam todas as doenças como resultantes de relações perturbadas como forças sobrenaturais e tratavam os transtornos mentais com uma mistura de atos mágicos, religião e plantas medicinais.

Kaplan (2023) aborda que em 1854 Jules Falret descreveu uma condição chamada de *folie circulaire*, na qual o paciente experimenta humor esalternados de depressão e mania. Na mesma época, outro psiquiatra francês, Jules Bailarger, descreveu a condição *folie á doubléforme*, na qual os pacientes tornam-se profundamente deprimidos e entram em um estado de estupor do qual recupera-se eventualmente.

“No ano de 1882, o psiquiatra de origem alemã Karl Kahlbaum, fazendo uso do termo “ciclotimia”, desvendou alguns mistérios sobre a mania e a depressão como estágios da mesma doença (KAPLAN, 2013, p.493).

No ano de 1899, Emil Kraepelin, autor do primeiro compêndio de psiquiatria descreveu uma psicose maníaco-depressiva, para o diagnóstico de transtorno

bipolar, detonando assim, o desaparecimento do termo melancolia (MONTEIRO, 2017, p.28).

A depressão compreende um transtorno mental que engloba uma variedade de distúrbios psicopatológicos que se diferenciam quanto à sintomatologia, gravidade e prognóstico, onde se torna uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo (TEODORO 2019).

Para Camon (2011), a depressão é definida como um problema que afeta a mente das pessoas alterando o modo de como se vê o mundo, como sente a realidade, como entende as coisas e manifesta suas emoções, por esse motivo ela é considerada uma doença que compromete o organismo como um todo, envolvendo uma pessoa em sua totalidade sem que ocorra separação entre o psíquico, social e o físico.

Na mesma linha de raciocínio dos autores citados é importante acrescentar que todo mundo está exposto ocasionalmente aos sintomas clínicos da depressão. Geralmente, o estado depressivo se caracteriza por atraso nos processos psíquicos, humor depressivo, irritável, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos negativos (JARDIM, 2011).

Nesta abordagem, evidencia-se que a depressão se descreve como um transtorno do humor que tem sido concebida de diferentes formas, demonstrando que não se trata de um conceito rígido, mas que varia de acordo com a cultura e a época que é analisada.

2.1 Classificação

De acordo com Azevedo (2016, p.257) a síntese dos tipos de episódios depressivos descritos na CID-10 é:

1. Depressão leve: neste tipo de depressão o baixo astral pode sumir e voltar posteriormente, neste tipo, a depressão pode se iniciar após um acontecimento estressante específica;
2. Depressão moderada: neste caso o baixo astral é persistente e, além disso, a pessoa manifesta sintomas físicos que variam de pessoa para pessoa;
3. Depressão grave: os sintomas de depressão são mais intensos e põem em risco a vida da pessoa acometida por este tipo de depressão, a pessoa sente sintomas físicos, delírios e alucinações;
4. Depressão reativa: a depressão reativa indica a depressão causada por um acontecimento estressante (perda de um emprego, morte de um ente querido, fim de um relacionamento amoroso etc.), esse acontecimento estressante ataca a pessoa de tal maneira que ela não consegue reagir adequadamente. O termo reativo significa que a pessoa pode reagir sozinha a esse tipo de depressão;

5. Depressão endógena: a depressão endógena aparece sem motivo aparente, ela é geralmente intensa e a pessoa provavelmente terá os sintomas físicos da depressão como perda de apetite e peso, insônia, mau humor pela manhã, perda do interesse sexual. Esse tipo de depressão é grave e mais difícil de diagnosticar sua causa;
6. Depressão neurótica: caracterizada pela semelhança à depressão leve, alternando períodos de baixo astral com períodos de alto astral, ocorrendo em faixas curtas de tempo. A tendência é o indivíduo sentir-se pior à noite, sofrendo de insônia frequente ou dormindo exageradamente;
7. Depressão psicótica: é considerada uma depressão grave e as pessoas que sofrem deste tipo têm sintomas físicos e podem perder o contato com a realidade. Estas pessoas podem ter delírio e/ou alucinações. As pessoas com depressão psicótica sempre necessitam de tratamento médico.
8. Depressão retardada: neste tipo de depressão, há uma diminuição nos processos físicos e mentais e a pessoa sente dificuldade em se concentrar, ou seja, o indivíduo não consegue realizar tarefas que exijam atenção, concentração e raciocínio; em casos mais graves, algumas pessoas julgam ser impossível se mexer, falar ou comer, havendo até o risco delas recusarem comida;
9. Distímia: corresponde a um quadro de depressão leve, intermitente, de início, em que a pessoa sofre mudanças súbitas ou continuam do humor, os principais sintomas são a indecisão e a baixa auto-estima além da sensação constante de cansaço, pensamentos negativos e pessimistas e aumento ou diminuição do apetite;
10. Depressão mascarada: as pessoas com depressão mascarada dizem que não se sentem deprimidas mesmo apresentando muitos sintomas que apontem para esta síndrome;
11. Depressão orgânica: causada por outra doença física ou por medicamentos;
12. Transtorno afetivo sazonal: este termo foi originalmente utilizado para dar significado para qualquer transtorno depressivo que apareça regularmente em determinadas épocas do ano como, por exemplo, épocas onde a demanda de trabalho seja alta;
13. Depressão unipolar: é um termo usado para descrever o tipo de depressão onde as pessoas só apresentam humor deprimido não apresentando fase de euforia;
14. Depressão bipolar: é outro nome usado para a psicose maníaco-depressiva. As pessoas com este tipo de depressão passam por períodos contínuos de euforia e períodos continuados de humor depressivo que podem variar de depressão leve a grave;
15. Depressão agitada: a depressão agitada corresponde a uma descrição dos sintomas deste tipo de depressão nos quais as pessoas se apresentam como ansiosas preocupadas e inquietas; 16. Depressão breve recorrente: este termo nomeia quadros depressivos graves com duração em poucos dias e recorrentes.

Destarte, existem atualmente diversos tipos de depressão, consideradas da mais leve á casos mais graves, e na pessoa idosa, esse agravamento é bem mais complexos, pois, o idosos possui suas particularidades, ocorridas pela própria idade.

2.2 Epidemiologia

Segundo estimativas da OMS (2013), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem atualmente com algum tipo de transtorno mental em todo o mundo. Dessas, 121 milhões é afetado pela depressão, o que equivale a algo próximo de 2% da população mundial total. No Brasil, a depressão atingia, em 2012, um contingente populacional de 7.837.541 pessoas (ou 4,1% da população).

A prevalência das síndromes depressivas chega aos 20% da população geral ao longo da vida. A depressão está associada a altas taxas de, recaída, tem impacto significativo na evolução de condições clínicas gerais e cursa com grande disfuncionalidade no ambiente familiar, social e profissional. A OMS aponta a depressão como a principal causa de anos vividos com incapacitação (OMS, 2013).

Uma observação quase universal, independente de pais ou cultura, é que a depressão é duas vezes maior no sexo feminino. Pelo fato das mulheres se queixarem mais dos sintomas do que os homens, por terem mais liberdade de chorar e procurar tratamento (PARADELA, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão é mais comum no sexo feminino, estimando – se uma prevalência do episódio depressivo em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino.

De acordo com Duarte (2018), “depressão é duas vezes mais frequente em mulheres e se instala geralmente dos 20 aos 50 anos, com idade média de 24 anos”. Segundo Lima (2019), todas as pesquisas citadas indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que os homens. E sua incidência é 0,43% em homens e 0,76% em mulheres. Até a idade de 70, anos a probabilidade acumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27% para homens e 45% para mulheres, taxas que colocam a depressão como um dos mais importantes problemas da saúde pública.

De acordo com Sadock (2012, p.183) “idade de início do transtorno bipolar I costuma ser em torno dos 30 anos. Contudo, o transtorno também ocorre em crianças, e também em adultos mais velhos”. “Sob o ponto de vista do autor na idade a prevalência é maior entre os mais jovens, porém grandes são os números de idosos que apresentam sintomas depressivos que não preenche os critérios para uma depressão maior” (FREITAS, 2012, p.206).

2.3 Etiologia

“Os fatores que desencadeia a depressão são considerados multifatoriais e de um modo geral são divididos em biológico, genéticos, e psicossociais” (FREITAS, 2016, p.205).



Para Netto (2012), a etiologia da depressão é complexa e ainda não está totalmente elucidada, havendo interação de múltiplos fatores como hereditariedade, alterações biológicas, fatores somáticos, psíquicos, sociais, econômicos e culturais etc., que atuam em graus variáveis sobre uma personalidade predisposta a desenvolver a síndrome.

A causa especificada de depressão ainda não é conhecida, entre tanto, há achados que a doença possui fisiopatologias multifatoriais. Na mesma linha de raciocínio do autor há evidências de que fatores somáticos, genéticos e ambientais estejam envolvidos com a doença, destacando – se o distúrbio na função hipotalâmica e de neurotransmissão que ocorre devido a disfunção na transmissão monoaminérgica, reduzindo a neurotransmissão de serotonina (5-H), norepinefrina (NA) e dopamina (DA) (DUARTE, 2018).

Segundo Máximo (2010), do ponto de vista fisiológico, a depressão pode se dever a um baixo nível de atividade neurológica nas áreas do cérebro que são responsáveis pelo prazer. Essa baixa atividade neurológica tem sua origem nas quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses nervosas.

Para Duarte (2018), a prevalência aumentada em certas famílias também não é condição suficiente para se determinar o componente genético, já que muitas vezes as famílias se expõem às mesmas influências ambientais. Acredita-se hoje que a depressão tenha um modelo de transmissão mista, estando sob a influência de vários genes diferentes, que tem efeito pequeno, mas aditivo, e, também, sob fatores ambientais que, quando ultrapassam certo limiar de exposição, desencadeiam a enfermidade nos indivíduos suscetíveis.

Há uma série de circunstâncias “fora” da constituição da pessoa que poderiam predispor ao desenvolvimento da depressão. Estas circunstâncias são chamadas de fatores de risco depressivo. Para KAPLAN (2013, p.497) os principais fatores de risco identificados pela maioria das pesquisas seriam: fatores biológicos, fatores genéticos, fatores psicossociais. Vários são os fatores psicossociais que estão associados à depressão alguns deles são acontecimentos vitais e estresse ambiental, fatores da personalidade pré – mórbidos, fatores psicanalíticos e psicodinâmicos. Estes fatores, como todos os demais, deve ser tido apenas como fator de risco, como fator de risco desencadear a depressão e não para criá-la, como alguns poderiam pensar.

2.4 Diagnóstico

A depressão, até nos casos mais severos, é um transtorno altamente tratável. Assim como muitas doenças, quanto mais cedo o tratamento começa, mais eficiente e maiores serão as chances de prevenir recorrências. De acordo com Costa (2012, p.26):

O diagnóstico da depressão passa por várias etapas: anamnese detalhada, com o paciente e com familiares ou cuidadores, exame psiquiátrico minucioso, exame clínico geral, avaliação neurológica, identificação de efeitos adversos de medicamentos, exames laboratoriais e de neuroimagem. Estes são procedimentos preciosos para o diagnóstico da depressão, intervenção psicofarmacológica e prognóstica, especialmente em função da maior prevalência

de morbidades e do maior risco de morte.

Os sintomas da depressão são muito variados, indo desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e enjôos. De acordo com KAPLAN (2014, p.500), para se ter o diagnóstico é necessário se observa se o sintoma persiste por mais de semanas. É necessário incluir sintomas claramente devidos a uma condição médica que são: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dietas; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; pensamentos recorrentes sobre mortes, indagação suicida.

2.5 Tratamento

“O tratamento do quadro clínico depressivo tem varias formas de se tratar, que são farmacológicos, psicoterapias, eletroconvulso terapia, estimulação magnéticatranscraniana e estimulação do nervo vago” (FREITAS, 2012, p.32). A escolha do tratamento irá depender do diagnóstico do paciente, da gravidade dos sintomas.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2011, p2);

Uma ampla gama de tratamentos, que inclui medicamentos, psicoterapias (terapias pela fala) e outras formas de tratamento (como a eletroconvulsoterapia) são comprovadamente eficazes para depressão. Em geral, os episódios depressivos moderados ou graves, principalmente ou que são recorrentes, necessitarão de uma combinação destes tratamentos para um melhor resultado. O efeito terapêutico geralmente só é percebido após algumas semanas de tratamento. Uma vez que a pessoa apresente melhora, o tratamento deve ser mantido por mais alguns meses (ou, em alguns casos, indefinidamente) para prevenir uma recaída.

De acordo com Baldisserotto (2017, p.177) para o tratamento de pacientes com depressão ser eficaz, ele deve contar com diferentes aplicações de psicoterapias que são elas: Farmacoterapia; Psicoterapia; Farmacoterapia e psicoterapia; Eletroconvulsoterapia; Terapia comportamental; Terapia medicamentosa; Aromo terapia; Massagem; Exercício físico; Ioga; Homeoterapia; Hipnoterapia; Medicina chinesa tradicional (acupuntura, reflexologia e outras); Meditação; Terapia nutricional.

2.6 Cuidados de enfermagem à pessoa idosa com depressão em tempos de pandemia

A mesma OMS em março de 2020 declarou uma pandemia, aumentando assim a preocupação com a capacidade de leitos para atendimento em grande escala. No Brasil, a chegada do novo vírus aumentou a preocupação em disseminar os protocolos de segu-



rança e saúde, gerando desafios ainda maiores à população menos favorecida. É nesse momento que os profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, em sua capacidade de atuação, protagoniza de forma corajosa, efetiva e ininterrupta seu papel de combatente dentro dos hospitais. Porém, o novo covid-19 atingiu em sua maioria em 2020, a população idosa, tanto com números de óbitos (BRASIL, 2020).

Tal pandemia de proporções históricas, implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada em vários níveis, mas, especialmente diante da morte, que vem no formato de inúmeras e inestimáveis perdas, levando a pessoa idosa buscar pelo isolamento social até nos dias atuais, ocasionando o surgimento de depressão, melancolia. Desta forma o trabalho se destina a demonstrar os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com depressão, nesse momento que ainda é de muitos enfrentamentos (BARBOSA *et al.*, 2020).

Ainda no início de abril de 2020 o número de mortos a nível mundial, ultrapassava 130 mil pessoas (BARBOSA *et al.*, 2020). No país, o Ministério da Saúde contabilizava mais de 30.000 infectados e cerca de 1.920 mortes no mesmo período. Em fevereiro de 2021, quase um ano depois da classificação da OMS, o Brasil contabilizava 9.978.747 de casos confirmados, com o número de 242.090 mortes e de pacientes 8.950.450 recuperados, ocupando o terceiro lugar no ranking mundial de mortos, ficando atrás apenas de Estados Unidos e México.

Segundo dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), atualmente, o novo corona vírus já infectou mais de 109 milhões de pessoas em todo o mundo, um marco alcançado apenas dez meses após ter surgido na cidade chinesa de *Wuhan*. O número de mortos por Covid-19 no mundo ultrapassou 2 milhões em 15 de janeiro de 2021, sendo que mais de 60 milhões de pessoas já se recuperaram da doença (BRANDI, 2021).

Acerca das características do agente, podemos definir o Corona vírus como um vírus da família *coronaviridae* que causam uma variedade de doenças no homem e nos animais, especialmente, no trato respiratório. Raramente a corona vírus que infecta animais pode também infectar humanos, como exemplo, MERS-CoV e SARE-CoV (BLOOM *et al.*, 2020).

O COVID-19 é uma doença que tem um alto poder de contágio visto que é transmitido de pessoa a pessoa por gotículas respiratórias contaminadas com o vírus, principalmente ao momento de espirros ou tosse; ou por compartilhamento de objetos pessoais sem a devida higienização (BRABICOSKI, 2020, p. 10).

Dentre os agravos que esta doença pode ocasionar está a Síndrome Respiratória Aguda Grave, além de agravamento de problemas cardíacos, hepáticos e intestinais. Grande parte dos pacientes que apresentam alguma morbidade pré-existente, ao contrair a Covid-19 tem a grande possibilidade de agravamento de seu estado de saúde e será necessário a internação e isolamento em uma unidade de tratamento intensivo UTI (LIMA, 2018).

O quadro clínico segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) variava, com infecções assintomáticas a sintomas graves. Cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), restando aproximadamente 20% dos casos detectados com necessidade de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, onde nesse último caso, aproximadamente 5% podem necessitar

de suporte ventilatório. A OMS (Organização Mundial de Saúde) e o Ministério da Saúde recomendam que é necessária de 1 a 3 leitos de UTIs para cada 10 mil habitantes, a fim de oferecer a retaguarda necessária aos casos mais severos (LIMA, 2018).

Nesse sentido, a doença atingiu as pessoas em diferentes níveis de complexidade, sendo os casos mais graves acometidos de uma insuficiência respiratória aguda que requer cuidados hospitalares intensivos. Já no referente as taxas de letalidade e morbidade da COVID-19 na população, pode-se dizer que estas são variáveis entre os países e regiões em virtude dos recursos e estruturas de serviços de saúde e de vigilância, ações, rotinas, suprimentos e disponibilidade e capacidade de realização dos testes (LOPES *et al.*, 2021).

A doença e o isolamento social, causou danos emocionais, onde os idosos foram os mais afetados, incluindo o desenvolvimento da depressão. A depressão é classificada como um transtorno depressivo maior, que afeta as pessoas de todas as idades, principalmente nos idosos, onde não se diferencia de uma raça para outra e nem existe correlação entre situação socioeconômica (LOPES *et al.*, 2021).

Eles fazem parte de um grupo com alto risco de contágio, quadro clínico mais grave e maior letalidade pela da Covid-19, Se a solidão na terceira idade já era um problema antes mesmo da pandemia, atualmente esse problema ganhou uma nova perspectiva, com milhares de idosos tendo que interromper suas rotinas e atividades (LUCENA, 2020).

O cuidado considerado a essência da equipe de enfermagem é de suma importância para que o profissional de enfermagem tenha a devida percepção dos fatores determinantes da depressão em idoso. Todos os fatores sociais terão que ser levados em consideração, tanto no relacionamento interpessoal, como no convívio (LUCENA, 2020).

Responder à pandemia de Covid19 exige deveres essenciais dos profissionais de enfermagem que, durante a pandemia, devem compreender as complexidades da saúde do idoso e focar na prestação de apoio qualificado. Os idosos se destacam durante a pandemia, principalmente os portadores de doenças crônicas, que geram muitos pensamentos, preocupações e questionamentos.

Portanto, há uma necessidade urgente de restaurar a esperança e a confiança em enfermagem geriátrica forte, qualificada e segura. A enfermagem deve promover ações baseadas nas políticas e diretrizes vigentes, bem como nos pilares da gerontologia, preservando a autonomia e independência do idoso.

Assim, o papel do enfermeiro no acompanhamento ao idoso depressivo não se baseia apenas em esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, mas também em ouvi-lo, compreendê-lo e realizar orientações de maneira simples e sem rodeio de modo a facilitar sua compreensão.



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da covid-19 trouxe consigo muitas incertezas. A população total do país sofre um impacto psicossocial em diferentes formatos de intensidade e gravidade. Ainda que a maior parte dos problemas psicossociais sejam considerados reações e sintomas normais para tal situação anormal, a OMS estima um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à epidemia, incluindo a depressão, principalmente em idoso.

A depressão é uma patologia que possui registros desde dos primeiros séculos da sociedade, contudo, a mesma passou por inúmeras etapas durante a evolução social, sendo que, em alguns momentos, foi interpretada como sinônimo de castigo divino, loucura, tristeza e até vitimismo.

Nos dias contemporâneos, a doença se popularizou, entretanto, alguns indivíduos ainda possuem dificuldade para a sua identificação, devido a multiplicidade de fatores, bem como identificar as causas que contribuem para o surgimento da depressão, sendo que, é evidente que o ambiente e as relações de trabalho têm colaborado significativamente para o surgimento da patologia em discussão.

A enfermagem deve repensar as ações de cuidar do idoso, encontrar formas de manter a autonomia e independência do idoso, melhorar sua qualidade de vida, focar na adaptação aos tempos de pandemia e considerar cenários futuros para fortalecer a enfermagem geriátrica.

Desta forma, é de extrema importância que o enfermeiro tenha um olhar mais apurado ao acolher um idoso institucionalizado, observando se este paciente possui consigo traço da depressão, para que ele possa ser atendido por um especialista e iniciar tratamento se necessário, incluindo atividades ao ar livre para melhorar a qualidade de vida.

Referências

- ALEXANDRA, L; MORAIS, A.T.S; COUTINHO, M.L. **Características da depressão em idosos**. Aracaju. 2017.
- ALEXOPOULOS, G., Meyeres, B., Young, R., Kakuma, T., Silbersweig, M. & Charlson, M. (1997). Clinically Defined Vascular Depression. **American Journal Psychiatry**, 154, 562–565.
- ALEXOPOULOS, G.S. (2005). Depression in the elderly. **Lancet**, 365, 1961–1970.
- ALMEIDA L, SÓNIA Q. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. **Acta Medica Portuguesa**, 2012; 25(6): 350-358.
- ALMEIDA, M. *et al.* Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de mato grosso. **Revista baiana de saúde pública**. v.39, n.3, p.627-641. 2015
- ALMEIDA, P.K.S; SILVA, V.R.S; BARROS, A.M.M.S. **Depressão relacionada ao processo de envelhecimento**. Aracaju. 2016.

- AMERICAN P. A. **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV TR)**. Lisboa: Climepsi. 2002
- AURÉLIO, O. J. V; SPAZZAPAN, V. M; SANCHES, M. A. M. Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família e a presença de transtornos mentais comuns. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 19, núm. 1, 2016, pp. 21-33. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil
- AZEREDO, Z. A. S; AFONSO, M. A. N. Solidão na perspectiva do idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(2):313-324
- BALDONI, A.O; PEREIRA L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoe epidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev CienciaFarm Básica Apl.** 2011. V 32. N 3. P 313-321.
- BAPTISTA, M.N; CUNHA, F.A; MARQUES, M.A.N. Evidências de estrutura interna da escala baptista de depressão – versão idoso (EBADEP-ID). **Psicol. Pesqui.** Juiz de Fora. 2019. V 13. N 1. P 76-85.
- BARBOSA, R. L; *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. **Revista Kairós-Gerontologia**, 21(2), 2018
- BARBOSA, R. L; *et al.* Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa Escolaridade em Maceió/ al. **Psicologia, saúde & doenças**, 18(3), 801-813. 2017
- BEEKMAN, A; *et al.* Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communalities of Risk Factors. **American Journal Psychiatry**, 157 (1), 89-95. 2000
- BEEKMAN, A; *et al.* Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. **Journal of Affective Disorders**, 36 (2), 65-75. 1995
- BEEKMAN, A; *et al.* The natural history of late-life depression. **Arch Gen Psychiatry**, 59 (7), 605-612. 2000
- BERNARDES, V. M. **As políticas de atendimento ao idoso**. Jus.com.br. 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/35728/as-politicas-de-atendimento-ao-idoso>.
acesso em: 10 de novembro de 2019
- BIRNER, R. Vemuri, S. Depression in later life: A diagnostic and therapeutic challenge. **American Family Physician**, 69 (10), 2375-2382. 2004
- BLAZER, D. G; Hybels, C. F. Depression in Later Life: **Epidemiology, Assessment, Impact, and Treatment** (pp. 492-510). In I. Gotlib & C. L. Hammen. Handbook of Depression. London: The Guilford Press. 2009
- BLAZER, D. G. Psychiatry and the Oldest Old. **American Journal Psychiatry**, 157 (12), 1915-1924. 2000
- BLAZER, D. G. Depression in Late Life: Review and Commentary. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 58 (3), 249-265. 2003
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.
- BRETAS, V. **Quem são e como vivem os idosos do Brasil**. São Paulo, 2015.
- BRUM, TOCANTINS e SILVA. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**. 13(6):1019-26. 2005
- CARDOSO, A.E.P; *Et Al.* **Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela unidade básica de saúde**. 2018.
- CARREIRA, L. *et al.* Prevalencia de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. Enfermagem**. Rio de Janeiro, V. 19, n. 2, p. 268-273. Abr/jun 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>. Acesso em: 04 de set de 2019

- CAVALCANTE F.G; MINAYO M.C.S; MANGAS R.M.N. **Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos**. Rio de Janeiro, 2012
- CEINOS, M. G. Depressión en ancianos: un problema de todos. **Revista Cubana MedGenIntegr**, 17 (4), 316-320. 2001
- CORDÁS, T. A.; EMILIO, M. S. **História da melancolia**. Porto Alegre: Artmed, 2017
- COSTA, C. ET AL. Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 293-300, 2017
- DE ANDRADE ABCA, FERREIRA AA, DE AGUIAR MJG. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. **Saúde em Redes**, 2016.
- DEUS, C.H.V.P; Et Al. **Existe associação entre depressão e grau de dependência em idosos residentes em uma instituição de longa permanência na cidade de Anápolis?** 2018.
- DOBSON, K; Dozois, D. **Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais**. In K. Dobson e colaboradores, Manual de terapias cognitivo-comportamentais (pp. 17-45). São Paulo: Artmed. 2001
- DUARTE, M; Paul, C. Avaliação do Ambiente Institucional – Público e Privado: Estudo Comportamental dos Idosos. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**, 2007
- DUCA, G. F. D. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública**. 46(1):147-53. 2012
- FERREIRA, C; COSTA, C, P; GASTAUD, M. Perfil de idosos que buscam psicoterapia em ambulatório de saúde mental. **Rev. Bras. Psicoter.**, porto alegre, 19(3), 17-32, 2017
- FERREIRA, R.D.M; *et al.* Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no interior de rondonia, Brasil. **RevEletronica FACIMEDIT**. V 7. N 1. 2018
- FILHO, A. I. L *et al.* Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 13, n. 4, p. 229-238, dez. 2004.
- FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. pp.41-49. 2015
- GONÇALVES. V. C; Andrade. K. L (São Luís-MA). Revist. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil. **Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol 13, núm, 2, pp 289-299. 2009
- GOURNELLIS, R.*et al.* Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 16 (11), 1085-1091. 2006
- GREGOLETI, V. SCORTEGAGNA, S. A. Perfil sociodemográfico e clínico da população de idosos com transtorno depressivo. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 271-283, 2015.
- GUIMARAES, L. A. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, (9):3275-3282, 2019
- GULLICHL, I. DUROL, S. M. S. CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 19(4): 691-701. 2016
- HELLWING, N. MUNHOZ, T. TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(11):3575-3584, 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. 2007.
- IRONS, C. **Depressão: saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia**. 2018
- IRIGARAY, T. Q; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista Psiquiátrica**. 29(1):19-27. 2007
- JÚNIOR, C. D.; COSTA, S. C. **O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP**. Caxambú, 2006

- KAPLAN, I. H; SADOCK, J. B; GREBB, A. J. **Compêndio de Psiquiatria** (7ª ed.), Nova Iorque: Artmed Editora. 2003
- LENZE, E. J; ET AL. Somatic Symptoms in Late-Life Anxiety: Treatment Issues. **Journal Geriatric Psychiatry Neurol**, 18 (2), 89-96. 2005
- LETURIA, F. J; ET AL. **La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir**. Madrid: Cáritas. 2002
- LIMA, A. P. *et al.* Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, p. 96-103, abr. 2016.
- MAGALHÃES J. M. *et al.* Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **REME – Rev Min Enferm.** 2016.
- MAYARA, C. P. Prevalência de sintomas depressivos em idosas de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 19, núm. 6, pp. 930-938. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. 2006
- MARTINS, R. M. A depressão no idoso. **Revista Millenium**. N 34. 2008
- MEDEIROS, J. M.L. **Depressão no idoso**. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. 2010
- MELO FERNANDES, M. *et al.* Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 11, núm. 1, pp 19-27. 2010
- MIGUEL, M. A. L. **A dor crônica no idoso e seu impacto no desenvolvimento da depressão**. 2015. 17 f. Monografia (Graduação) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.
- MIRANDA, G.M.D; MENDES, A. C.G; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sobre atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.** Rio de Janeiro. V 19. N 3. P 507-519. 2016
- MOLINA, N.P.F.M; *et al.* Qualidade de vida e morbidades entre idosos com e sem indicativo de depressão. **Rev de Enfermagem e atenção à Saúde**. 2018. V 7. N 2. P 54-67.
- MORAES, H; ET AL. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr RS.**, 29 (1), 70-79. 2007
- NAARDING, P. T.*et al.* Clinically defined vascular depression in the general population. **Psychological Medicine**, 37 (3), 383-392. 2007
- NASRI, F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento: **O envelhecimento populacional no Brasil**. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo. 2016.
- OLIVEIRA, A, T, R. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. **rev. Brasileira de geografia econômica**. 2016.
- OLIVEIRA, K. S; *et al.* As percepções de idosos frente à assistência prestada em uma instituição de longa permanência. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 13, n. 3, p. 86-95, 2016
- OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015.
- SANTOS, Giovane dos. **Aspectos psicológicos do envelhecimento**. Vale do Cai, 2013.
- ORENGO, C. A., Fullerton, G. & Tan, R. Depressão Masculina: Uma revisão das preocupações relacionadas com o gênero e terapêutica com testosterona. **Geriatrics**, 1 (2), 50-58. 2005
- ORTIZ, A. L. S. ALVARADO, H. G. **Depresión en el anciano**. ANCIANO. UNAM, 2, 140-151. 1998
- PAIXAO, Y. A; *et al.* Declínio cognitivo e sintomas depressivos: um estudo com idosos da universidade da maturidade. **Revista Humanidades e Inovação** v.6, n.11 - 2019
- PEIXOTO, M. C. O; ET AL. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Fisioterapia Brasil**; 18(6):693-699. 2007

- PIMENTA, T. **Depressão**: causas, sintomas físicos, tratamentos e prevenção. Vittude Blog. 2018. Disponível em: <https://www.vittude.com/blog/depressao/>. Acesso em: 10 de novembro de 2019
- PINEL, P. **Traité Médico-philosophiquesurl'alienationMentale**. 2.ed. Paris: J. A. Brosson, 1809
- POWELL, V. *et al.* Terapia Cognitivo-Comportamental na depressão. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, 30 (II), 73-80. 2008
- PREVIATO, G. F; *et al.* **Características multidimensionais de saúde de idosos com sintomas depressivos**. Revista Kairós Gerontologia, 19(1), pp. 339-357. São Paulo (SP), Brasil. 2016
- PREVIVA. **Porque o envelhecimento populacional preocupa os gestores de saúde no Brasil**. 2016.
- RAMOS, F. P. *et. al.* **Fatores associados à depressão em idoso**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 19, p. e239, 9 jan. 2019.
- RAMOS, A. K. B. **O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso**. Revista Latino-Americana, vol. 13. Num. 6. PP. 10019-1026. 2005
- SANTOS, S. S. C; SILVA, B. T. S. **cuidados aos idosos institucionalizados**: Opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. Acta Paul Enferm: 23(6). 775-781. 2010
- REIS, L. *et al.* Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-Ba. **Psicologia em Estudo**, 14 (2), 295-301. 2009
- SANTOS, S. S. C. *et al.* **Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica**. Acta Paul Enferm. 21(4): 649-53. 2008
- SAINTRAIN, M. V. L. *et al.* Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**. v 31. N 4. 2018
- SEGALLA, R. SPINELLI, R. B. **Avaliação Nutricional de Idosos Institucionalizados na Sociedade Beneficente Jacinto Godoy, em Erechim**. Revista Perspetiva, 35 (129), 189- 201. 2011
- SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M. J. P. **Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano**. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.46, n.3, p. 612-617, jun. 2012
- SHNEIDER, R. H; IRIGARAY, T. Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estudos de Psicologia. Campinas. 25(4). 585-593. 2008.
- SILVA, P. A. S. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):639-646, 2018.
- SILVA, W, S. **Envelhecimento da população brasileira**. InfoEscola, navegando e aprendendo. 2014.
- SIQUEIRA G. R; *et al.* **Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo cristo redentor através da aplicação da escala de depressão geriátrica** (edg). Recife, 2002.
- SLATER, R. **The psychology of growing old – looking forward**. Buckingham: Open University. 1995
- SNOWDEN, M. *et al.* **Treating Depression in Older Adults: Challenges to Implementing the Recommendations of an Expert Panel. Preventing Chronic disease**: Publish Health research, practice and policy, 5 (1), 1-7. 2008
- SOARES, S. M; *et al.* **Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde**. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2017
- SOUSA, N. F. S. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**. 2018.
- STELLA, F. *et al.* Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Revista Motriz**, 8 (3), 91-98. 2002
- TAM, C. W; CHIU, H. F. (2011). Depression and Suicide in the Elderly. **Medical Bulletin**, 2016

VAZ, S. F. A. **A Depressão no Idoso Institucionalizados: Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança.** (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto. 2009

VERAS, R. P. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Rio de Janeiro, junho 2018.



CAPÍTULO 41

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

***NURSING PERFORMANCE IN SEXUAL VIOLENCE AGAINST
WOMEN***

Jackson Pereira Soares¹

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

Resumo

O trabalho teve como objetivo primário entender o papel da enfermagem na violência sexual contra a mulher. Tendo em vista quais são as contribuições do profissional enfermeiro proporcionadas para a assistência com a mulher vítima de violência sexual, minimizando desta forma, outras complicações nas quais podem ser decorrentes do ato. As bases de dados consultadas foram SCIELO, LILACS e Google Acadêmico. As contribuições do enfermeiro voltadas às vítimas de violência sexual devem ser planejadas para proporcionar segurança, respeito, satisfação, acolhimento, tudo isso voltado para as necessidades individuais da mulher. Para isto, o profissional de enfermagem deve constituir estratégias de cuidados juntamente com os demais profissionais, algumas destas ações podem entrar em destaque, o acolhimento e apoio por meio de toda a equipe, auxílio para a vítima, estabelecendo desde então vínculo de segurança tanto individual quanto institucional, para que assim haja avaliação do histórico da violência juntamente com capacidades de sensibilizar recursos familiares e sociais. Concluiu-se que, é de suma importância que ocorra as estratégias e planos de cuidados que devem ser prestado para a vítima, pois com os traumas na qual mesma vivenciou, é fundamental que os profissionais prestem um cuidado de qualidade e humanizado, visando as principais necessidades da mulher de forma planejem a solução das mesmas.

Palavras-chave: Violência Sexual; Consequências; Enfermagem e Assistência.

Abstract

The primary objective of this study was to demonstrate through the literature the role of nursing in sexual violence against women. Considering the contributions of the nurse professional provided for assistance with women victims of sexual violence, thus minimizing other complications in which they may be due to the act. The databases consulted were SCIELO, LILACS and Academic Google. Nurses' contributions to victims of sexual violence should be designed to provide safety, respect, satisfaction, and shelter, all of which are geared to the individual needs of women. To this end, the nursing professional should establish care strategies along with the other professionals, some of these actions can be highlighted, the reception and support through the whole team, help for the victim, establishing since then individual security bond and institutional, so that there is an assessment of the history of violence together with capacities to sensitize family and social resources. It was concluded that it is of the utmost importance that the strategies and plans of care that must be provided for the victim occur, since with the traumas in which it has lived, it is fundamental that the professionals provide a quality and humanized care, targeting the main women's needs in order to plan their solution.

Key-words: Sexual Violence; Consequences; Nursing and Assistance



1. INTRODUÇÃO

A violência sexual é definida como qualquer ato sexual ou tentativa de obter o mesmo. Milhares de mulheres no mundo passam por este tipo de violência que pode causar inúmeros danos que estão relacionados ao bem estar físico como também em questões emocionais, sexuais, reprodutivas e sociais.

O profissional de enfermagem age diretamente no atendimento que deve ser proporcionado para as vítimas de violência sexual, onde este deve adotar planos de medidas e cuidados, para isto é de suma importância que o enfermeiro tenha conhecimentos para lidar com este tipo de atendimento, pois o mesmo deve ter uma visão de prestar um acolhimento de forma humanizada que faça com que a mulher na qual foi violentada se sinta segura e acolhida, pois é com o profissional de enfermagem que a vítima têm seu primeiro contato, para isto o profissional enfermeiro atua nestes casos de violência com a intenção de oferecer um planejamento de cuidados que favoreça o bem estar físico e emocional da mulher.

Esta pesquisa tornou-se necessária devido ao grande número de casos de violência sexual que acontecem no mundo, bem como proporcionar aos profissionais da área mais conhecimentos sobre a atuação dos mesmos para a vítima deste tipo de violência, ou seja, faz-se necessária a pesquisa porque contribuirá para compreensão do papel do enfermeiro na promoção, prevenção e recuperação da saúde destas mulheres.

Diante disso, surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: De que forma ocorre a atuação do profissional de enfermagem em meio às mulheres vítimas de violência sexual?

Para responder ao questionamento acima, o objetivo geral do estudo foi entender o papel da enfermagem na violência sexual contra a mulher. Já os objetivos específicos foram: discutir sobre a violência sexual e conhecer os cuidados de enfermagem voltados para a prevenção, promoção e recuperação de mulheres violentadas sexualmente, descrever as consequências da violência sexual na vida de mulheres vítimas, e por fim, discutir os fatores que confirmem a hipótese levantada em relação ao papel do enfermeiro na violência contra mulher.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da temática do estudo. A coleta de dados foi feita a partir de publicações indexadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência sexual, consequências, enfermagem, assistência. Foram adotados como critérios de inclusão artigos publicados a partir de 2009 com o intuito de analisar as publicações mais atuais sobre a temática. Após leitura e análise crítica das publicações foram descartadas as duplicações e utilizadas apenas as que atenderem ao objetivo proposto por este estudo.

2. PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual contra mulher tem se tornado um dos assuntos mais discutidos nos últimos anos, este tipo de violência é conceituado como qualquer ato de violência que tem como resultado danos, psicológicos, físicos e sexuais, ou seja, causando qualquer outro tipo de sofrimento para as mulheres. Portanto, existem alguns elementos que estão ligados este tipo de violência como, ameaças, chantagens, humilhações, constrangimento e perseguições (MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM, 2011).

Sabe-se que a violência sempre existiu, contudo para que fosse trabalhada e discutida, as conquistas feministas foram fundamentais para que isso acontecesse, ou seja, as lutas constantes que acontecem hoje em dia demonstram que as mulheres estão conseguindo obter o empoderamento feminino, tendo seus direitos concedidos através da luta por uma sociedade mais justa no qual assegura-se a todas as mulheres, a dignidade humana, o respeito e uma vida sem violência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Destaca-se também o número de feminicídios no Brasil que tem aumentado bastante dando em destaque também para este ato, após a violência sexual, ou seja, muitas vezes é cometido o feminicídio como uma maneira de calar a voz da mulher, sendo assim, é constatada certa vulnerabilidade nas quais muitas mulheres estão submetidas, principalmente pela cultura do estupro e do machismo, e de que a mulher é consideravelmente um sexo frágil. Daí para isto, não é culpa das mulheres seu comportamento ou vestimentas, mas sim de uma sociedade misógina onde possuem permanentemente enraizados, ou seja, precisam ser cortadas para que assim ocorra uma conquista das mulheres que lutam dia e noite por uma sociedade justa (MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM, 2011).

Em se tratando da enfermagem, é uma profissão que reconhece que o cuidar é um processo em que os profissionais buscam mais aprofundamentos voltados para sua prática. Diante disto, com relação às mulheres vítimas de violência sexual, estas merecem uma atenção especial dos profissionais, especialmente os da enfermagem, onde em seu trajeto prático ou até mesmo em qualquer lugar de trabalho podem se deparar com esse tipo de situação, onde faz com que os profissionais enfermeiros obtenham conhecimentos específicos bem como habilidades para realizar o devido cuidado focado na humanização (CORTES; PADOIM, 2016).

Seguindo essa linha de raciocínio, a mulher ao chegar no serviço de saúde, o primeiro contato deve ser por meio dos profissionais de enfermagem, ou seja, estes irão realizar o acolhimento humanizado juntamente com a realização da anamnese seguindo então para coleta de material para realização de exames laboratoriais, os profissionais também deverão agendar retorno e administrar medicações. Todo esse processo ocorre para que haja a garantia a aderência à continuidade ambulatorial (FERRAZ et al., 2009).

As contribuições do enfermeiro voltadas às vítimas de violência sexual devem ser planejadas para proporcionar segurança, respeito, satisfação, acolhimento, tudo isso voltado para as necessidades individuais da mulher. Para isto, o profissional de enfermagem deve constituir estratégias de cuidados juntamente com os demais profissionais, algumas destas ações podem entrar em destaque, o acolhimento e apoio por meio de toda a equipe, auxílio para a vítima, estabelecendo desde então vínculo de segurança tanto individual



quanto institucional, para que assim haja avaliação do histórico da violência juntamente com capacidades de sensibilizar recursos familiares e sociais (MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM, 2011).

Outras condutas destacam-se como, conversar com a vítima a respeito das opções de enfrentamento diante do problema, no qual a permite tomar iniciativas que possam fortalecer sua autoestima, o profissional deve oferecer apoio para a vítima que pretende realizar registro policial sobre o ocorrido, estimular a construção do elo voltado para as redes de assistência, proteção, acompanhamentos bem como também, as redes de apoio (NUNES et al., 2017).

Outras condutas que o profissional deverá exercer é encaminhar a vítima para atendimento clínico, isso se houver lesões graves, que tenha a necessidade de passar por processo de reabilitação, ou seja, nos casos das mulheres que não podem ser atendidas nas unidades, o profissional deve recomendar um acompanhamento psicológico e fazer acompanhamento do caso. Diante disto, conclui-se que, para oferecer um cuidado satisfatório, é fundamental que haja uma formação de relações de atenção no qual é necessário que ocorra um processo de interação entre o profissional e a vítima que está sendo cuidada pelo mesmo. Para isto, é de suma importância que ocorra disponibilidade, confiança, receptividade, proporcionando assim o crescimento do profissional e paciente. Portanto, para que ocorra o plano de cuidados é necessário que o profissional possua conhecimentos técnico-científico, competências profissionais e habilidades nas quais beneficiam a compreensão do ser humano quanto aos aspectos social, psicológico, espiritual e biológico (NUNES et al., 2017).

Com relação ao diagnóstico, este é visto como um dos primeiros passos com relação à atenção diante da saúde da vítima, ou seja, a anamnese torna-se importante bem como o exame físico é primordial para verificação dos sinais comportamentais e físicos. Portanto, é de suma relevância que os profissionais da saúde tenham conhecimentos voltados para as políticas de enfrentamento do problema juntamente com regras técnicas para que possa haver um diagnóstico correto, para isto, é necessária a solicitação de exames laboratoriais e também realização de investigação para detectar possíveis infecções sexualmente transmissíveis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Compreende-se que deve haver habilidades técnicas por parte dos profissionais de enfermagem em saber oferecer os cuidados adequados para as vítimas de violência sexual, ou seja, deve estar interligado com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, ou seja, predisõem de medidas de prevenção para evitar uma gravidez indesejada, como também o aparecimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). O profissional de enfermagem não trabalha sozinho, existem outros profissionais nos quais contribuem nos planos de cuidados como médico, ginecologista, psicólogo, assistente social, estes quando trabalham em conjunto, planejam tratamentos de agravos onde podem ser imediatos ou a longo prazo, tanto relacionado a ordem física quanto psicológica (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Com relação aos agravos físicos, estes geralmente são decorrentes de trauma genital, nos quais são evidenciados por hematomas, edemas, lacerações e equimose. As vítimas além dessas lesões podem muitas vezes apresentar algumas disfunções emocionais, como depressão, pesadelo, insônia, ansiedade, pânico, fobia, medo da morte, transtorno

do apetite, risco para usar drogas ilícitas e também o risco de cometer suicídio (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

O acolhimento é uma ferramenta fundamental para prestar assistência individualizada e humanizada, bem como torna-se fundamental no vínculo e empatia com a vítima. Diante disto, faz-se necessário demonstrar apoio com o sofrimento e dor da vítima, estabelecendo sempre um envolvimento de empatia com a mulher, ou melhor, um retorno afetivo apropriado (REIS et al., 2010).

O acolhimento é visto como algo primordial com relação ao primeiro contato do enfermeiro com a mulher vítima de violência sexual, pois através deste ocorre uma segurança emocional e física, e a equipe estabelece como uma maneira relevante para adesão ao tratamento. Para as vítimas, quando o acolhimento é ofertado de maneira satisfatória, a mesma se sente protegida, onde existem vibrações positivas para que seja oferecido um apoio para ajudá-la a enfrentar o problema. Portanto, o enfermeiro precisa organizar um agrupamento de experiências e conhecimentos voltados para a situação, de maneira que a assistência proporcionada para a vítima não seja causadora de angústia e sofrimento. Contudo, o profissional enfermeiro segue suas estratégias, visto eu, sua finalidade é atender a mulher de maneira adequada, e é claro atendendo assim as necessidades da mesma (CORTES; PADOIM, 2016).

Os enfermeiros por estarem atuantes 24 horas nas instituições, são considerados os profissionais mais adequados para fazer o acolhimento, desta forma são fundamentais obter conhecimentos voltados aos meios assistenciais e legais de maneira que ocorra o envolvimento da violência sexual, assim como o profissional deve treinar sua equipe de enfermagem de maneira que se sensibilizem e capacite os membros para o acolhimento oferecendo conforto e segurança para a mulher (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).

Em se tratando do atendimento, toda a equipe de enfermagem obtém capacitação periódica no qual participam de oficinas ao apoio psicológico, para que possam agir sem preconceitos e sem julgamentos. O enfermeiro realiza o acolhimento, faz a triagem e em seguida encaminha a vítima ao pronto socorro. Desta forma, é necessário que se atente para alguns casos como por exemplo, se a vítima for menor de 18 anos e afirma o consentimento da relação sexual, entretanto, se o responsável achar que a menor não estava conveniente para consentir o ato, é recomendado a realização do atendimento de violência sexual (HIGA et al., 2009).

Diante disto, a contribuição do profissional enfermeiro voltada para a mulher vítima de violência sexual, geralmente antecede a uma prescrição médica, ou seja, para que dessa forma seja realizada administrações de medicamentos de modo que possa minimizar os riscos de a vítima adquirir infecções sexualmente transmissíveis e também transmissão do HIV. Desta maneira, é seguido o modelo biomédico da ação do cuidar pela enfermagem no serviço de saúde, ou seja, as estratégias assistenciais encontram-se voltadas para o fazer, fundamentando a predominância do cuidado na proporção técnica. Desta forma, acredita-se eu, a evolução histórica do cargo de enfermagem quando relacionado ao embasamento tecnológico científico, de certa forma pode contribuir para uma maneira de realizar, no qual seja configurado em intervenções, sem a incorporação da emoção diante da relação entre o ser cuidados juntamente com o ser cuidado (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).



3. CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL PARA AS MULHERES

O ato da violência sexual contra as mulheres pode ocasionar inúmeras consequências, ou seja, podendo abalar a autonomia, destruindo a autoestima e minimizando também a qualidade de vida. Diante disto, as mulheres sofrem consequência também com a estrutura familiar, pessoal e social, contudo, as agressões geralmente são ameaçadoras, nas quais associam-se a grandes problemas sociais que causam preocupação, como marginalização, desemprego, uso de álcool e drogas, desigualdades sociais, tudo isso ocasiona impactos para a morbimortalidade desta população. Para isto, deve haver adoção de medidas nas quais possam promover a necessária conservação da saúde das mulheres (NETTO et al., 2014).

Sabe-se que a violência sexual contra mulheres é um problema de saúde pública, e esse tipo de violência envolve ameaças, agressões, ferimentos, intimidação psicológica, invasão corporal, gerando grandes traumas psicológicos. Com isso, as vítimas acabam se sentindo envergonhadas e traídas, portanto, as mesmas tentam estruturar novos limites entre si e o mundo. Sendo assim, essas limitações são produzidas temporariamente pela dinâmica do trauma, por intermédio de desleixo pessoal, ganho de peso, falta de cuidado ou até mesmo a procura de não se sentirem atraentes sexualmente. Outras consequências que podem ser ocasionadas por meio do ato da violência sexual é o desenvolvimento de problemas dermatológicos, comportamento e de aprendizagem (SOUZA et al., 2013).

As mulheres vítimas de violência sexual poderão obter diversas consequências para a saúde, várias se destacam como por exemplo, uma gravidez indesejada, depressão, aborto de forma insegura, infecção sexualmente transmissível bem como, também, podem ser acometidas pelo vírus do HIV, ansiedade, disfunção sexual, transtorno de pânico, dificuldades para dormir e repousar, comportamentos suicidas. Diante disto, percebe-se que o ato da violência sexual, poderá resultar em morte, onde muitas vezes é cometida através do agressor, ou também pelos surgimentos de problemas de saúde nos quais são gerados pela agressão, como por exemplo, o suicídio e também o aborto de maneira insegura (PEDROSA; SPINK, 2011).

No entanto, para o enfrentamento da violência sexual, exige uma cooperação de diversos serviços, como educação, saúde, justiça criminal e também da assistência social, portanto, a saúde pública busca aperfeiçoar a assistência bem como a segurança proporcionada para a população onde deve enfatizar sobre a prevenção de forma que garanta que as mulheres nas quais sofreram a violência possam ter acesso a esses setores de apoio de maneira satisfatória (FERRAZ et al., 2009).

A vítima poderá sofrer como consequências surgimentos de problemas sexuais, ou seja, estes poderão persistir por vários anos posteriormente ao estupro, consequências como, dificuldades voltadas a inibição da resposta, como disfunções do desejo juntamente com o receio de excitação. Portanto, a violência sexual é um ato no qual gera medos e inseguranças para as vítimas, o medo é um tipo de sentimento que geralmente transmite inquietação, sendo assim, os efeitos que o provocam são distintos, nos quais dependem da particularidade de cada mulher (NETTO et al., 2014).

Desta forma, a violência sexual poderá ocasionar uma série de reações negativas na vida a mulher vítima de violência sexual, nas quais são expressadas através de diversos

sentimentos como: sequelas físicas, traumas emocionais, insônia, medo, obstáculos para que a vítima retome sua vida sexual e de trabalho, contudo, isso é considerado um grande problema de saúde pública (LABRONICE; FEGADALI; CORREA, 2010).

Algumas mulheres vítimas do ato da violência sexual poderão sofrer traumatismos físicos severos, traumatismos genitais e extragenitais, sendo assim, é fundamental que ocorra uma avaliação sobre ferramentas cirúrgicas e clínicas onde possam atender todas as necessidades da vítima (SOUZA et al., 2013).

Ainda que a vítima de violência sexual sofra vários danos físicos, as lacerações genitais juntamente com hematomas, são considerados os mais frequentes, quanto as lesões vulvo-perineais superficiais que se encontram sem sangramentos, deve ser realizada a assepsia correta, já quando tem presença de sangramentos, é necessário efetuar uma sutura, isto é, com agulhas que não sejam traumáticas. Com relação a presença de hematomas, deve-se realizar aplicação de bolsa de gelo no local (LIMA et al., 2017).

É notório que a violência pode ocasionar vários impactos na vida da mulher, impactos na saúde física e psíquica e, também, impactos na vida produtiva, as vítimas passam por momentos de pânico, autoestima baixa, redução da autonomia, vulnerabilidade para fraqueza emocional, onde contribui para surgimento de quadros clínicos como, síndrome do pânico. Desta forma, é fundamental que programas de serviços bem como de atuação sejam introduzidos para possibilitar que todos os recursos nos quais serão necessários sejam devidamente disponíveis para que haja a facilidade de as mulheres terem acesso a todas as redes de proteção e apoio (VELOSO et al., 2013).

Nos casos de atos de violência sexual praticados por pessoas próximas ou parceiros íntimos, é fundamental avaliar que as mulheres vítimas podem se apresentar mais suscetíveis por dependência econômica, medo ou implicação emocional. No entanto, é essencial que toda a equipe de saúde possa proporcionar vínculo de escuta, com a finalidade de reconhecer eventos de riscos, onde devem adotar medidas de prevenção e também de promoção de correspondências respeitadas (ARAÚJO et al., 2011).

Com relação aos casos de violência cometida pelo parceiro da vítima, os profissionais devem prestar assistência para a mulher de forma que estabeleça um vínculo de confiança, ou seja, tanto institucional como individual, para que ocorra uma avaliação sobre todo o histórico da violência juntamente com os riscos, possibilidades pessoais assim como avaliar os recursos familiares e sociais (BARROS et al., 2016).

Entre as principais consequências relacionadas ao ato da violência sexual, tem a gravidez, contudo no Brasil possui uma Lei de número 2848, inciso II, artigo 128 do código penal na qual promove uma garantia de direito para o abortamento nos casos de mulheres que chegam a engravidar em decorrências da violência sexual, porém, muitas mulheres não possuem acesso aos serviços de saúde, sendo assim, com o difícil acesso e também com os direitos desrespeitados, algumas acabam optando pelo abortamento clandestino realizado de forma insegura. No entanto, é de suma importância o entendimento de que o abortamento nesse tipo de situação de violência sexual é um direito da mulher, e não um tipo de obrigação (DREZETT, 2009).

A violência contra a mulher gera inúmeras consequências imediatas ou também de



longo prazo, podendo ser tanto físicas quanto psicológicas. Lesões na genital pode incluir edema, equimose, grandes lacerações, presença de hematoma e pode também haver lesões no reto e no ânus (BARROS et al., 2016).

Quanto as consequências psicológicas, se tornam modificáveis, pois cada vítima apresenta uma resposta diferente à violência. Contudo, inúmeros transtornos psicológicos poderão surgir, como depressão, ansiedade, fobias, tentativa de suicídio, e também consumo de drogas, fadiga, perda de apetite, cefaleia crônica, pesadelos, poderá surgir também transtornos do sono (DREZETT, 2009).

Percebe-se que, são diversas as consequências que poderão surgir com o ato da violência sexual, por isto é de sua importância que todos os profissionais envolvidos no atendimento fiquem atentos, para que outras complicações decorrentes destas não venham ocorrer, sendo assim, os profissionais devem passar todas as orientações devidas para a vítima e também, para sua família (LIMA et al., 2017).

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência tem se tornado uma ocorrência social na qual possui diversos significados, contudo, os transtornos da violência acabam chegando nos programas de saúde e diferentes ocorrências. A violência sexual é um problema sério de saúde pública (GARBIM et al., 2015).

Conforme os estudos, o profissional de enfermagem efetua o processo de acolhimento da vítima, ou seja, o mesmo, tem a responsabilidade de esclarecer todas as fases nas quais serão efetuadas no decorrer e todo o atendimento, no entanto, o enfermeiro deve criar um vínculo afetivo com a mulher, onde deve compreender como foi o acontecimento, porém, em diversas vezes, a vítima geralmente pode se fechar onde poderá dificultar toda a ação do enfermeiro (GUIMARÃES; VILLELA, 2011).

Desta forma, o acolhimento é fundamental para proporcionar humanização e qualidade na atenção com a vítima, ou seja, o acolhimento é um conjunto de ferramentas, atitudes e também posturas dos colaboradores da saúde, na qual devem oferecer sempre uma garantia de credibilidade voltada ao acontecimento de violência. Portanto, no decorrer de todo o atendimento com a vítima, o profissional de enfermagem preenche uma ficha de notificação na qual foi implantada pelo SINAN em 2009 (REIS et al., 2010).

Essa ficha de notificação é uma ferramenta programada para o incentivo de métodos de proteção e prevenção, assim como também é essencial nas estratégias de vigilância e acompanhamento da ocasião de saúde voltada à violência. Portanto, por meio do preenchimento adequado da ficha de notificação que o argumento do ato da violência ganha mais visibilidade, sendo assim, é de suma relevância que a ficha seja preenchida (CORRANI et al., 2009).

A educação permanente realizada através dos profissionais de saúde que prestam

atendimento para vítima de violência sexual propicia uma ponderação coletiva, fortalecendo desta maneira, correspondências interpessoais nas quais incentivam as atividades com a intenção de organizar e oferecer segurança para prestar um atendimento diferenciado. Portanto, essa assistência agradável deve ser levantada para os profissionais que irão ter contato direto com esses acontecimentos. No entanto, é por meio da educação permanente que haverá um melhoramento da prática, onde haverá um melhoramento da prática, onde haverá a realização daquilo que é devidamente preconizado pelo ministério da saúde, criando desta maneira, prováveis maneiras de oferecer apoio para essas mulheres (SOUZA; OLIVEIRA; JESUS, 2016).

Existem algumas dificuldades que os enfermeiros vivência ao prestar assistência para a vítima de violência sexual, como por exemplo, a falta do psicólogo no ato do atendimento, no início do processo juntamente com a enfermagem, sendo que, os profissionais enfermeiros muitas vezes se sentem desprevenidos psicologicamente para efetuarem diálogos sozinhos na abordagem voltada a ocorrência, para as mulheres.

Segundo o Manual de prevenção e tratamento de agravos ocasionados pelo ato de violência sexual contra as mulheres, relata que, a mulher precisa passar por um atendimento humanizado oferecido pelos setores de saúde, por isto, neste tipo de assistência, é fundamental que tenha uma equipe interdisciplinar preparada para efetuar de forma eficiente e segura a assistência, ou seja, a equipe deve ser constituída por enfermeiros, assistente social, psicólogo e médicos. Contudo, o atendimento no início do processo é efetuado pela enfermagem e também, pelo médico, no qual ocorre ainda a ausência da assistente social e do psicólogo, ou seja, estes colaboradores citados só entram de fato em contato com a vítima no ambulatório de IST/ AIDS (PEDROSA; SPINK, 2011).

A enfermagem é vista como uma profissão na qual deve ofertar atenção especial para as vítimas de violência, pois os enfermeiros são considerados os profissionais que se encontram mais próximos das vítimas no decorrer do atendimento, tanto na unidade básica de saúde como também na unidade hospitalar, por este motivo é que estes profissionais devem ter os necessários conhecimentos, para prestarem este tipo de atendimento, como por exemplo, conhecimentos sobre os respectivos exames nos quais devem ser solicitadas, sobre os encaminhamentos, profilaxias que devem ser efetuadas, assim como também as orientações que são fundamentais para que a vítima não chegue a abandonar o tratamento, pois este é de suma importância para esse tipo de ocasião (SCHRAIBER et al., 2009).

No entanto, vale ressaltar o quão importante é que essas abordagens sobre o tema de violência contra as mulheres sejam discutidas durante a formação acadêmica, para que os enfermeiros tenham conhecimentos do que é realmente preconizado pelo ministério da saúde. Diante disto, é fundamental também a educação permanente para os colaboradores nos quais já estão na prática, sendo assim, essa educação deve ser ofertada com o intuito de gerar trocas de conhecimentos relacionados ao atendimento oferecido por cada profissional diante desses acontecimentos consideravelmente delicados (DREZETT et al., 2012).

Sendo assim, a violência contra as mulheres tem se tornado uma realidade da rotina dos serviços de saúde do atendimento primário, onde também é transcrito com a subnotificação através dos profissionais de saúde (KIND et al., 2013).



Quando a atuação do enfermeiro fica definida no decorrer da assistência, faz com que haja uma valorização na equipe e para a paciente, sendo assim, a assistência do enfermeiro voltada ao cuidado com a vítima de violência sexual, deve envolver habilidades legais, onde ele é apto para proporcionar capacidades e habilidades para sua equipe na aplicabilidade de um cuidado mais humanizado e qualidade, visando sempre atender as necessidades da vítima (GONÇALVES; FERREIRA, 2009).

A atuação do enfermeiro é essencial mediante o enfrentamento deste fenômeno, sendo que, este profissional deveria estar inserido em todas as fases nas quais são desenvolvidas para combater a violência, isso ocorre desde o cuidado humanizado com as mulheres vítimas até a prevenção, pois o enfermeiro é um colaborador que está envolvido em todos os níveis relacionados a atenção a saúde (FREITAS et al., 2011).

Desta forma, é responsabilidade do profissional agir juntamente com toda a equipe multidisciplinar para ofertarem campanhas, programas e projetos nos quais visem além de notificar o acontecimento da violência, a prevenção através de reconstrução dos valores como o respeito, bem como a igualdade, sendo assim, é fundamental por meio da educação permanente que ocorra uma sensibilização da forma na qual os casos de violência devem ser encaminhados (FREITAS et al., 2011).

É notório o qual importante o profissional de enfermagem é, pois este profissional está envolvido no atendimento à mulher vítima não só de violência sexual, mas sim de outros tipos de violência, contudo, nota-se que, deve estar preparado e capacitado para lidar com essas situações, de forma que aborde todo o processo de maneira correta, prestando sua assistência e em seguida encaminhando para outros profissionais e serviços para que possam dar continuidade ao atendimento, proporcionando sempre para a vítima uma segurança no atendimento, e fazendo com que ela se sinta acolhida e respeitada (FERRAZ et al., 2009).

É essencial que o profissional enfermeiro seja bem capacitado tanto científica, assim como também na prática para que desta forma ele possa atender uma mulher vítima de violência sexual, física ou até mesmo psicológica. Contudo é fundamental que tenha uma visão crítica com relação ao caso, pois pode acontecer de alguns pacientes não relatarem o tipo de violência sofrida. Desta forma, o profissional deve realizar uma boa entrevista na qual incentive a vítima para relatar como aconteceu o caso, ou seja, sendo acompanhado de um exame físico céfalo caudal completo para observar as alterações decorrentes do ato de violência sexual (DREZETT et al., 2012).

No entanto, os profissionais enfermeiros geralmente são considerados como elementos de fundamental importância para proporcionar uma assistência para as mulheres vítimas de violência, visto que os mesmos são formados para compreender a natureza complexa do conceito de saúde e bem-estar, sendo assim, é notório o quão importante é a presença do enfermeiro na assistência ofertada para as vítimas de violência, pois este profissional deve ser capacitado para atender as necessidades, e também para repassar as devidas orientações e informações para a vítima e seus familiares. Desta maneira, é essencial que as mulheres procurem os serviços de saúde, após terem lesões físicas decorrentes das agressões.

Portanto, o cuidado clínico é considerado como uma maneira de identificar e reconhe-

cer a violência, apesar de não ser a única maneira de atendimento proporcionado, sendo assim, o profissional deve estar apto para atuar como um momento de extrema importância para que essas mulheres possam ser inseridas na rede de atendimento. No entanto, tanto os cuidados clínicos como os não clínicos são necessários e importantes na atuação dos profissionais de enfermagem ao prestar cuidados para as mulheres, tendo em vista que um completa o outro (CORTES et al., 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do desenvolvimento deste trabalho observou-se o quão importante é o papel do profissional enfermeiro diante ao atendimento prestado à mulher vítima de violência sexual, onde o mesmo deverá ofertar assistência de forma que proporcione segurança e confiança, para que a vítima possa se sentir acolhida, não só pelo enfermeiro, mas sim por toda a equipe multiprofissional.

A partir das pesquisas concluiu-se que é de suma importância que ocorra as estratégias e planos de cuidados que devem ser prestado para a vítima, pois com os traumas na qual mesma vivenciou, é fundamental que os profissionais prestem um cuidado de qualidade e humanizado, visando as principais necessidades da mulher de forma planejem a solução das mesmas.

Em vista disso, foi possível observar que o profissional enfermeiro é um dos primeiros no qual tem vínculo quando a mulher chega a procurar um atendimento, ou seja, desde o acolhimento até o encaminhamento para exames e outras especialidades, contudo o enfermeiro deve realizar o exame físico da vítima de maneira satisfatória, para observação de complicações, de forma que prepare a mulher para a realização dos exames. Sendo assim, o profissional consegue identificar quais são as dificuldades da vítima, e deve orientá-la quanto aos outros serviços nos quais irão contribuir para o acompanhamento da situação.

Os resultados foram satisfatórios, pois o reconhecimento precoce de complicações decorrentes da violência sexual deve ser monitorado, para que desta forma o profissional enfermeiro entre com seu planejamento. Diante disto, é fundamental que os profissionais escutem a vítima, acolham, apoiem, transmitem segurança, pois a mesma poderá se encontrar em momento de trauma, com medo, ansiosa, com psicológico abalado, e também com alterações físicas decorrentes de algumas ações causadas pelo agressor. Desta maneira, a assistência de enfermagem deve estar voltada também para a prevenção desses acontecimentos, visto que, é um profissional apto para atuar na atenção a saúde, onde deve ressaltar a importância do acompanhamento e dos serviços que são ofertados para acolhimento de mulheres vítimas de violência sexual e outros tipos de violência.



Referências

- ARAÚJO, RJG et al. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. **Full Dent Sci**, v.3, n.9, p.78-85, 2011.
- BARROS, EM et al. Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife. **Ciência Saúde Coletiva**, v.21, n.2, 2016.
- CORRANI et al. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Revista Bras Enferm**, v.62, n.3, 2009.
- CORTES, L F; PADOIN, SMM; Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.
- DREZETT, J et al. A clínica em situações de abuso sexual: aspectos conceituais e atuação interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.2, 2012. p.346-350.
- FERRAZ, MIR et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, 2009.
- FREITAS, RCS et al. Violência contra a mulher em Nitéroí. **Notas**, v.12, n.1, 2011.
- GARBIM, CAS et al. Desafios do profissional de saúde na notificação de violência: obrigatoriedade de efetivação e encaminhamento. **Ciência e saúde coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, jun./ 2015.
- GONÇALVES, HS; FERREIRA, AL. A notificação da violência intrafamiliar contra criança e adolescente por profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.1, 2009.
- GUIMARÃES, JATL; VILLELA, WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendimento no IML de Maceió. **Caderno saúde pública**, v.27, p.1647-53, 2011.
- GUIMARÃES, MC; PEDROZA, RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia e Sociedade**, 27(2), 256-266, 2015.
- HIGA, R et al. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2009; 42(2):377-82.
- KIND, L et al. Subnotificação e visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária a saúde. **Caderno Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1805-1815, set./ 2013.
- LABRONICE, LM; FEGADALI, D; CORREA, MÊS. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev Escola Enferm. USP**, v.44, n.2, p.401-6, 2010.
- LIMA, LAA et al. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista de enfermagem UFPI**, v.6, n.2, p.65-68, 2017.
- MORAIS, SCRVM; MONTEIRO, CFS; ROCHA, SS. O cuidar em enfermagem a mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 155-60.
- MOURA, MPB; GUIMARÃES, NCF; CRISPIM, ZM. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2011 out/dez; 1(4):571-582.
- NETTO, LA et al. Violência contra a mulher suas consequências. **Acta Paul Enfermagem**, v.27, n.5, p.458-64, 2014.
- NUNES, MC et al. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão** Out/Dez. 2017 v. 37 n°4, 956-969.
- PEDROSA, CM; SPINK, MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação, médica. **Saúde Soc**, v.20, p.124-35, 2011.
- REIS, MJ et al. Vivências de enfermeiro na assistência a mulher vítima de violência sexual. **Revista saúde pública**, v.44, n.2, 2010.
- SCHRAIBER, LB et al. Violência e saúde: contribuições teóricas metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.2, p.205-16, 2009.

SILVA, LMP; FERRIANI, MGC; SILVA, MAL. Atuação da enfermagem frente a violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 set-out; 64(5): 919-24.

SOUZA, FBC et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução e climatério**, v.27, n.3, p.98-103, 2013.

SOUZA, MMS; OLIVEIRA, MVP; JESUS, LKA. Violência sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro: revisão de literatura. **Ciências Biológicas e de saúde Unit**, v.3, n.3, p.257-277, 2016.

VELOSO, MMS et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.5, p.1263-1272, 2013.



CAPÍTULO 42

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

***THE CONTRIBUTION OF NURSING IN THE CARE OF WOMEN
VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE***

Wanessa Valéria Reis de Jesus Frazão¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - MA

Resumo

A violência contra a mulher já se alastra por muitos anos, desde os tempos mais remotos. No decorrer dos inúmeros casos de violência contra a mulher surgiu a Lei Maria da Penha após anos de muita luta, e mesmo diante do seu advento a mesma ainda não é suficiente para combater todos os tipos de violência sofridos por estas. As mulheres sofrem diversos tipos de violência, dentre estas, as mais comuns são as físicas, psicológicas e sexuais. A violência sexual tem sido um dos mais graves problemas de saúde pública global, cujas ações têm estimulados aprofundamentos em estudos sobre o tema, com o objetivo de preconizar intervenções para prevenção, atenção e atendimento adequado às vítimas. Trata-se também de uma grave violação de direitos humanos que dificulta a autonomia sexual e reprodutiva desta mulher. O presente trabalho visa compreender o papel do enfermeiro na prestação de serviços públicos no atendimento à mulher vítima de violência sexual, destacando, através da revisão de literatura, os cuidados empreendidos em relação a esse atendimento humanizado, que é de suma importância na formação do profissional de saúde, sendo fundamental assimilar como o profissional percebe a importância deste atendimento na vida das pacientes, levando em consideração, a dignidade humana, a ética e responsabilidade social. A enfermagem contribui diretamente com assistência voltada às mulheres vítimas de violência sexual se dá de forma acolhedora, de forma humanizada, onde o enfermeiro além de escutá-la a encaminha aos demais profissionais para que a mesma seja assistida e amparada em suas necessidades mais imediatas. Além disso, o mesmo trata das sequelas físicas deixadas pela violência sexual, dentre estas administração de medicamentos, realização de preventivo, e outros cuidados inerentes a referida situação.

Palavras-Chaves: Violência Sexual. Mulher. Enfermagem

Abstract

Violence against women has been spreading for many years, from the earliest times. In the course of the countless cases of violence against women, the Maria da Penha Law emerged after years of much struggle, and even before its advent, it is still not enough to combat all types of violence suffered by them. Women suffer various types of violence, among which the most common are physical, psychological and sexual. Sexual violence has been one of the most serious global public health problems, whose actions have stimulated further studies on the subject, with the aim of recommending interventions for prevention, care and adequate care for victims. It is also a serious violation of human rights that hinders the sexual and reproductive autonomy of this woman. The present work aims to understand the role of nurses in the provision of public services in the care of women victims of sexual violence, highlighting, through the literature review, the care undertaken in relation to this humanized care, which is of paramount importance in the training of professionals. of health, being essential to assimilate how the professional perceives the importance of this service in the lives of patients, taking into account, human dignity, ethics and social responsibility. Nursing contributes directly to assistance aimed at women victims of sexual violence, in a welcoming, humanized way, where the nurse, in addition to listening to her, directs her to other professionals so that she is assisted and supported in her most immediate needs. In addition, it deals with the physical sequelae left by sexual violence, including medication administration, preventive care, and other care inherent to that situation.

Keywords: Sexual Violence. Women. Nursing



1. INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência contra a mulher, historicamente tem o incentivo da sociedade no que tange, que os homens exerçam sua força de dominação e potência contra as mulheres. Disserta-se que é um dos mais graves problemas universais, procedentes de diversas gerações, ocorridas nas mais diversificadas sociedades. Resulta dos conflitos internos e despercebidos da luta do homem contra a mulher.

No Brasil, paira a inquietação para criar as condições para que todos os indivíduos tenham efetivamente os direitos, garantias e oportunidades de participação democrática na construção do País. Porém, percebe-se que não há perspectiva de igualdade de direitos suficientemente, para que o ordenamento jurídico assegure a equidade almejada entre homens e mulheres.

O enfoque do problema está concentrado na desigualdade social e econômica cujas consequências levam à prática das mais variadas violências, dentre elas: a violência sexual e outras violações aos direitos fundamentais. A interpretação da violência contra mulher tem sido vista, como uma questão de saúde pública, por traduzir a manutenção do seu direito à vida, à saúde e à integridade física, levando em consideração, os dados estatísticos anuais, nos quais destacam-se o aumento das taxas de feminicídios, suicídios, estupros, do constante e abusivo uso de substâncias psicoativas e dos resultantes problemas de saúde.

Sendo assim, o questionamento direcionador, que denominamos de problema de pesquisa: Qual a contribuição da Enfermagem no cuidado as mulheres vítimas de violência sexual? Partindo deste pressuposto, entende-se que o papel do profissional de enfermagem dentro da equipe multiprofissional é de extrema significação, visto que, são estes, os profissionais que dão início ao atendimento das pacientes vítimas de tal agressão.

Esta pesquisa objetiva de modo geral, buscar informações que colaborem com a discussão desse tema, e, assim, possa-se ofertar a comunidade acadêmica e demais outros setores interessados no tema, subsídios necessários para reflexão e melhor compreensão da colaboração da Enfermagem no que concerne a atenção e cuidados à saúde de mulheres vítimas de violência sexual.

Por fim, essa investigação baseia-se na pesquisa de cunho descritivo não requerendo o uso de métodos e técnicas estatísticas, uma vez que não há necessidade da aplicação destes para a interpretação de fenômenos e a atribuição de significados. O tipo de pesquisa utilizada foi através de revisão de literatura, de levantamentos bibliográficos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico: nascimento do patriarcado e suas influências nas relações de gênero

Tem sido através das questões econômicas, culturais e sociais em que desvenda-se as raízes da problemática violência sexual contra a mulher. Há uma controvérsia quando se trata da existência das sociedades matriarcais. Alguns estudiosos negam a sua existência, pelo simples fato destas não terem utilizado o poder para dominar o outro sexo. Por outro lado, outros defendem a existência de sociedades antigas que seguiam modelos mais igualitários e maternais, mas que foram interpretados por muitos antropólogos e cientistas de forma diferentes, ou seja, sob o ponto de vista das suas próprias culturas patriarcais. A desigualdade entre os sujeitos surge a partir da formação das famílias, diante da causa da escassez de alimentos, e da necessidade da utilização da mão de obra pesada, (2.000 ac.), exemplifica-se a domesticação dos animais que na época fazia parte da rentabilidade econômica e o conceito de propriedade privada, fator determinante para a subordinação econômica da mulher, sobretudo, porque destinaram a ela o papel de procriar. Caberia a mulher, a função de dar continuidade à herança do homem através dos filhos. *Os antigos reinos da Mesopotâmia foram dos primeiros a aplicarem a ideologia patriarcal e a dar-lhe foros de lei escrita, dado que o código de Hamurabi inclui leis que anulavam a possibilidade de acesso a certos direitos por parte das mulheres.* (INFOPEDIA, 2003).

A partir daí, instala-se a importância e o papel do homem, surgindo assim, a figura patriarcal, como o esteio familiar, o provedor. Nasce, assim o mito do polo dominante, do macho, do racional. Situação esta, que perdura até os dias atuais. A solidificação do processo de construção e manutenção da sociedade patriarcal teve alicerce nas diversas religiões.

2.2 Gênero versus violência

Para discorrer sobre a questão da violência contra mulher vale fundamentar a noção de gênero – distinta da de sexo – conforme descrita no senso comum, inclusive, associada à questão feminina com o intuito de justificar o preconceito. O conceito de gênero foi construído para diferenciar a dimensão biológica da dimensão social com base na formação cultural da maneira de ser do macho e da forma de comportamento da fêmea. Aliado a isso, Carolina Cunha (2014) em seu artigo Gênero e identidade: muito além da questão homem e mulher.

Pode-se ainda dizer, que identidade de gênero trata-se da identificação de uma pessoa, seja ela homem ou mulher ou se ela se vê de maneira diferente. Neste caso, essa identidade de gênero pode ser manifestada por uma diversidade de fatores, dentre eles: etnicidade, trabalho, religião, ou a falta de uma religião específica, família etc.

Então, em quaisquer contextos sociais, sempre houve a figura predominante do masculino sobrepondo-se sobre o feminino. Essa tese tem sido construída ao longo da história



por homens e mulheres, algumas de maneira, inconsciente e isso têm colaborado significativamente para distribuir os papéis destinados a cada um, no contexto da sociedade. (FARIA, 1997). E essas distribuições de papéis cooperaram para gerar as situações de violência contra a mulher ao longo do desenvolvimento das sociedades.

Percebe-se que a violência contra a mulher tem sido baseada como um incentivo da sociedade para que os homens exerçam sua força de dominação contra as mulheres. Este processo, porém, ganha força partindo da constituição biológica e deturpados pelos ícones sociais que colaboraram para segregação da sexualidade dos indivíduos. Onde a inferioridade situa-se a partir das diferenças sexuais.

2.3 Conceito de violência

Constata-se que o termo significa força ou vigor contra qualquer coisa ou ente. Percebe-se que a violência é, portanto, o uso da força que resulta em torturas, ferimentos, e/ou morte, ou, a violência psicológica através do uso de palavras ou ações que machucam as pessoas ou, ainda, que demonstre abuso de autoridade através da dominação e demonstração de poder. É considerada por órgãos internacionais, como fatores que causam violações dos Direitos Civis. Quando citamos os Direitos Civis, significa que estamos tratando de liberdades individuais, garantidas pelo Artigo 5º da constituição Federal de 1988. Cujo trecho da nossa Carta Magna define que:

Art. 5º- todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O termo violência visto por Teles et al (2002, p.15) citado por Cunha (2014, p.150) como uma forma de restringir a liberdade de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, reprimindo ou ofendendo física e moralmente. A violência em si, é a forma de coagir e submeter à outra pessoa ao domínio, sobre total controle e força. Logo, Marilena Chauí profere que: [...] violência é toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural.

Compreende-se que a violência é uma conduta maléfica considerada como característica humana, proveniente do instinto animal. Porém, diante do processo civilizatório pelo qual passou o homem, de modo geral, então, imaginava-se que, o homem em si, fosse visto como civilizado, ou seja, que o homem possui capacidade de conviver harmoniosamente com outro ser humano. Porém, há alguns que isolam-se do processo civilizatório e fazem parte de seletos grupos. Pois estes, promovem de maneira irracional atos de violência.

3. VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A violência sexual é um de tipo de violência perversa. Pois, trata-se de ato dissonante, à medida que não desejado. Em sua grande maioria é seguido de intimidação, ameaça e até uso da força física. É também, uma questão de gênero, pois ela acontece por uma questão cultural instalado nos seios das sociedades patriarcais. Onde o homem vê como dominador. Para o homem é uma questão de poder e controle, conforme Rosa et al (2010):

[...] como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Dessa maneira, entende-se que a história da violência está intimamente ligada a história da civilização. Assim, Coelho et al., (2014 apud Souza e Oliveira (2016) destacam:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o caso da violência como provável parte da história da própria humanidade, com amplos e diversos impactos, estando presente em todo o mundo. Porém, a violência é um problema social e de saúde pública que atinge a qualidade de vida e coloca em risco o desenvolvimento da população, independente de raça, idade, educação ou condições sociais. A violência é um tema muito relevante, uma vez que, no início do século XXI, atingiu proporções epidêmicas, com importância na atenção à saúde.

A violência sexual além de ser a forma mais vergonhosa de violência, é também um ato cruel e impiedoso oriundo de atos instintivos e animais, pois, quem o pratica é visto com um ser sem sentimentos. Dessa maneira, Gonçalves (2012), destaca:

A violência sexual é a mais cruel forma de violência depois do homicídio, porque é a apropriação do corpo da mulher – isto é, alguém está se apropriando e violentando o que de mais íntimo lhe pertence. Muitas vezes, a mulher que sofre esta violência tem vergonha, medo, tem profunda dificuldade de falar, denunciar, pedir ajuda.

Ainda neste contexto, A violência sexual é considerada como um ato despuerado. Definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

Todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho. (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2018)

Percebe-se que a violência sexual pode inclusive, acontecer se a pessoa não permitir, nem tão pouco consentir, neste caso, a vítima pode estar sob efeito do álcool e outras drogas, dormindo ou mentalmente incapacitada, entre outros casos. A violência sexual ocorre, quando existe estupro dentro de um relacionamento; estupro por pessoas desconhecidas e/ou conhecidas; tentativas sexuais indesejadas ou assédio sexual, que podem ocorrer em diversos ambientes; abuso de pessoas com incapacidades físicas ou men-



tais; formas “tradicionais” de violência sexual utilizadas em determinadas sociedades, tais como casamento ou coabitação forçada e violação sistemática e outras formas de violência, particularmente comuns em situações de conflito armado (como a fertilização forçada)

A violência sexual é ato lesivo que resulta em dano físico, psicológico, sexual, patrimonial, que tenha cuja motivação principal: o gênero. Exemplos disso são assédio, violência doméstica, estupro, feminicídio e violência obstétrica

As principais consequências sofridas pelas mulheres que passam por situação de violência, são: “sentimentos de aniquilação, tristeza, desânimo, solidão, estresse, baixa autoestima, incapacidade, impotência, ódio e inutilidade”. Entre as doenças que são desenvolvidas em consequência dessa violência, estão a obesidade, síndrome do pânico-gastrite, doenças inflamatórias e imunológicas, mutilações e fraturas e lesões.

4. FORMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Percebe-se que a violência é um ato unilateral que coíbe o outro ser, tornando-o inferior ao agressor. A violência torna-se um comportamento que causa intencionalmente ou não, um dano ou uma intimidação a moral a outra pessoa. Esse comportamento invade a liberdade, integridade física ou psicológica e até mesmo a vida de outro. Trata-se do uso excessivo de força, além do necessário ou esperado. E caracteriza-se pela ação, sendo gerada pela impaciência e/ou pela ira. Aliado a isso, Nascimento (2004, apud Azevedo, 1985) cita:

Violência é toda iniciativa que procura exercer coação sobre a liberdade de alguém, que tenta impedir-lhe a liberdade de reflexão, de julgamento, dedicação e que, termina por rebaixar alguém a nível de meio ou instrumento num projeto, que absorve ou engloba, sem tratá-lo como parceiro livre e igual. A violência é uma tentativa de diminuir alguém, de constranger alguém a renegar-se a si mesmo, a resignar-se à situação que lhe é proposta, a renunciar a toda a luta, abdicar-se de si.

4.1 Assédio sexual

O assédio, representa um desrespeito à dignidade das mulheres. Trata-se de uma forma de constrangimento ao direito de ir e vir das mulheres. Impõe todas as mulheres como meros objetos, disponíveis para o exercício da sexualidade do homem, somente por estarem ocupando os espaços públicos. É cometido por homens que em maioria acreditam na sua condição de superioridade hierárquica em relação às mulheres.

O assédio sexual desrespeita a pessoa em sua dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais da vítima, quando invade a intimidade, adentra na honra pessoal, na liberdade, e no direito ao meio ambiente, o que deveria ser seguro, conforme o direito de ir e vir. Geralmente é de maneira, opressiva e discriminatória. Expressa-se através de

comportamentos que vão desde agressões verbais até abuso sexual e agressão sexual. Para alguns, pode ser visto como um simples flerte. Acontece em sua maioria, nas ruas, locais de trabalho, ambiente acadêmico e outros. Caracteriza através de insinuação, ameaças, hostilidades, impondo condições em troca de favores sexuais

No Brasil, o assédio sexual define-se sobre o prisma legal, da Lei nº 10.224/2001: “Constranger alguém com intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente de sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Com a pena – detenção de 01 (um) a 02 (dois) anos.

4.2 Estupro

Trata-se de uma agressão sexual que envolve relação sexual, ou seja, há e outros atos libidinosos sem o devido consentimento da pessoa. É utilizado força física, opressão. Em alguns casos, a vítima encontra-se inconsciente, drogada, incapacitada ou possui os problemas de saúde. O estupro é definido na maioria das jurisdições como a relação sexual, ou outras formas de penetração, iniciadas por um perpetrador contra uma vítima sem o seu consentimento. A definição de estupro é inconsistente entre as organizações governamentais de saúde, a aplicação da lei, os profissionais de saúde e as profissões jurídicas. É um crime severo, onde acontece uma relação sexual forçada, sem a permissão da vítima. O estupro é o tipo mais grave de abuso sexual.

Ele vai além da penetração (conjunção carnal), de forma constrangedora e sem consentimento. Sexo oral, masturbação, toques íntimos e introdução forçada de objetos, por exemplo, também se enquadram nessa categoria e direcionam a violência física ou psicológica. Entende-se que o estupro é definido através da penetração da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto.

É um crime hediondo tipificado na Lei Federal 12.015 datada de 07 de agosto de 2009 que trata dos Crimes contra a dignidade sexual, Capítulo 1, dos Crimes contra a liberdade sexual e determina em seu artigo 213 que: Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

Em relação ao assédio em espaço público, o número permanece assustador. Bueno cita que o número de mulheres assediadas fisicamente no transporte público, são de quase 4 milhões, é enorme. Quando questionada sobre a razão para essa violência contra a mulher, se era mais cultural ou relacionada a políticas públicas? Samira Bueno (2019) contextualizou:

A origem é cultural. Podemos ter as melhores políticas públicas, de punição a agressores, mas se elas não incorporarem uma perspectiva de prevenção, pensando em como é possível alterar normas sociais e culturais, não vamos resolver o problema. Temos a Lei Maria da Penha, a alteração na lei do estupro, a lei do feminicídio, a de importunação sexual, são todas boas, mas a lei por si só não resolve o problema. O menino que vê o pai batendo na mãe



vai bater na esposa. A menina que sofre violência sexual dentro de casa e muitas vezes nem sabe que aquilo é uma violência. Se ouvir falar sobre isso na escola, vai identificar que talvez ela seja vítima.

Sobre a lei Maria da Penha, espaço jurídico de Conquista da Mulher: Não é só uma lei penal, é quase uma política pública inteira de violência contra a mulher. Ela engloba muitos aspectos - prevenção, medidas protetivas, trabalhos com autores de violência. Num caso como esses, o desafio é sempre o da implementação. (Bueno, 2019). E ainda nessa discussão, ela retrata a realidade.

Outro dado importante oriundo da Organização Mundial de Saúde, em 2005 retrata que no Brasil, 29% das mulheres relatam ter sofrido violência física ou sexual pelo menos uma vez na vida; 22% não conseguiram contar a ninguém sobre o ocorrido; e 60% não saíram de casa, nem sequer por uma noite. Dentre os dados alarmantes, destaca-se que o Relatório Nacional Brasileiro retrata o perfil da mulher brasileira e refere que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, totalizando, em 24 horas, um número de 5.760 mulheres espancadas no Brasil. FONSECA E LUCAS (2006 apud Dias, 2006).

5. A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Todo profissional de Enfermagem deveria ter suas atividades fundamentadas no Código de Ética da Enfermagem, observando a infração que destaca o art. 52: “provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos”, as sanções impostas àqueles que não cumprirem essa determinação consiste em uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

A aplicação da questão humanitária é fundamental. nas dimensões: técnica, de acolhimento e da existência humana, pautada em conceitos filosóficos e de estudiosas da área de enfermagem. A partir deste estudo, percebe-se que o cuidar realizado pela enfermagem à vítima de violência sexual, ainda é pautado especificamente no modelo tecnicista e que esse cuidar deve ser realizado através de uma ação acolhedora e humana, de maneira que possibilite uma relação de troca de emoções entre o ser cuidador e o ser cuidado, com uma atenção que ultrapasse o sentido do tratamento. Por isso, fala-se tanto em acolhimento. Aliado a isso, o Ministério da Saúde recomenda que:

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2005, p. 13).

A habilidade técnica do profissional de enfermagem para cuidar da mulher vítima de violência sexual deve ser em conformidade com a Norma Técnica (NT) do Ministério da Saúde (MS), tendo a preocupação nas medidas preventivas que a mulher dispõe para evitar uma gravidez indesejada e, o aparecimento das doenças sexualmente transmissíveis.

Para isso, a mulher deve buscar o serviço de saúde, para receber um tratamento humanizado que envolve profissionais, como enfermeiros, médicos, médicos legistas, ginecologista, assistente social, psicólogo e outros, para que juntos planejam o tratamento desse atendimento. Pois, os agravos são de ordem física e psicológica.

Percebe-se que a equipe de enfermagem exerce papel primordial neste contexto, abrindo os procedimentos iniciais para o atendimento da vítima de violência sexual. De acordo com Lima et al. (2021) apud Cortes e Padoin (2016):

[...] a equipe de enfermagem exerce papel fundamental no atendimento às mulheres vítimas de violência, a fim de garantir o cuidado físico e auxiliar na recuperação da saúde da mulher, através de exames, curativos, administração de medicamentos, bem como no planejamento de suas intervenções com intuito de diminuir os danos causados pela violência, como: prevenindo uma gravidez indesejada e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Verifica-se que as vítimas normalmente apresentam distúrbios emocionais, como insônia, pesadelo, depressão, fobias, pânico, ansiedade, medo da morte, sensação de solidão, cefaléia, fadiga, transtorno do apetite, risco para uso de drogas ilícitas e suicídio, pois em algumas situações a severidade da agressão da violência sexual é conjugada com relações anais e orais. (MORAIS et al., 2010). Nesse caso, o cuidar realizado pelo profissional de enfermagem deve ser em conformidade com a Norma Técnica, cuja ações estão voltadas para o tratamento das lesões, prevenções das Doenças Sexualmente Transmítidas (DSTs) e da hepatite B, bem como para a prevenção de uma gravidez indesejada. (MORAIS et al., 2010).

Identifica-se que o acolhimento técnico do profissional de enfermagem tem que ser associado às ações humanizadoras, no sentido de acolher, ouvir, tocar e silenciar. Assim, o cuidar em enfermagem como uma ação na dimensão do acolhimento pode ser vivenciado pelo profissional e pela vítima de violência sexual, desde o momento da entrada no serviço de atendimento, percorrendo todo o processo assistencial realizado.

O profissional de enfermagem deve atender à vítima de violência, de uma maneira acolhedora. Segundo Fornari e Labronici (2018) citado por Lima et al. (2021):

O primeiro atendimento à mulher vítima de violência deve ser voltada para o acolhimento e escuta qualificada buscando uma construção de empatia entre profissional e paciente, dessa forma conseguindo transparecer segurança, confiança e credibilidade a vítima, vislumbrando um melhor atendimento e serviço. O profissional de enfermagem deve promover acolhimento, diálogo aberto e flexibilidade. Com intuito de desenvolver e estabelecer uma assistência humanizada e moral.

Dessa forma, acredita-se que a própria evolução histórica da profissão de enfermagem, associado ao avanço tecnológico e científico, colabora nas intervenções, onde nasce a relação entre o ser cuidado e o ser cuidador. Outro fator fundamental do profissional de enfermagem está o papel humanitário “[...] aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer” (MORAIS et al., 2010). Todavia, o cuidado deve ser voltado para a humanização. Esse cuidar técnico em enfermagem deve permitir uma aproximação entre o cuidador e

o ser cuidado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher, em especial, a violência sexual, origina-se historicamente da instalação do patriarcado, da disputa dos sexos e gêneros, da dominação do macho, enfim, da submissão feminina. Onde a mulher torna-se sempre o ser frágil, dominada, submissa e subserviente. Quando ocorre a rebeldia feminina, acontece diversas formas de violências.

No Brasil, há uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Trata-se de políticas públicas que trabalha com intersectorialidade, buscando atender de maneira integral, sistematizado o enfrentamento à violência sexual, garantindo-lhes os direitos conforme as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) há prioridades em atender mulheres em situação de violência sexual e doméstica como uma das ações intersectoriais representativas dos direitos humanos.

Mas, ainda assim, percebe-se a necessidade que haja um engajamento maior por parte dos governos, no que refere-se sobre o aumento de recursos públicos nesse campo. Tanto na área da saúde quanto a questão do âmbito jurídico. Neste último, através de alterações e rigor nas leis que punem verdadeiramente, os agressores, como no caso da Lei Maria da Penha. Pois somente através de legislações mais rígidas é que alcançaremos a minimização das atrocidades cometidas pela violência contra a mulher, inclusive, na violência sexual.

Contudo, o cenário ainda apresenta muitos desafios e ainda temos muito a avançar neste campo, e, principalmente, na (re)significação da relação de gênero, de modo que as mulheres possam se sentir fortalecidas, autônomas e tenham liberdade em relação às suas escolhas, especialmente, para romper com o círculo do medo e da humilhação, de modo que possam denunciar todos os tipos de violências por elas sofridas.

Conforme as constatações obtidas neste campo, entende-se que no Brasil, a participação magnânima dos profissionais de Enfermagem tem sido *sui generis* no que concerne ao atendimento humanizado, dedicação, técnicas que amparam, da segurança transmitida, do acolhimento, da observação e do apoio em busca de propiciar as condições favoráveis para recuperação da saúde no âmbito da brutalidade sofrida, bem como, o estímulo do resgate da dignidade das mulheres vítimas de violência sexual. Afinal, dignidade é o fator primordial da existência humana.

Referências

ALVES, Fernanda Mendes Sales. **A Segurança Pública no Brasil: uma construção à luz da cidadania e do controle social**. Fundação de Ensino Eurípides Soares da Rocha - Centro Universitário Eurípides de Marília - UNIVEM - Mestrado em Direito. Marília, 2020. Disponível em: <<https://aberto.univem.edu.br/han->

[dle/11077/1955](#)> Acesso em: 5 ago de 2021

ANUÁRIO Brasileiro de Segurança Pública... – Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/10/18/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2020.htm?cmpid=copiaecola>> Acesso em: 05 ago de 2021.

ASSÉDIO SEXUAL. In: **WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre.** Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Ass%C3%A9dio_sexual&oldid=61212006>. Acesso em: 22 mai. 2021.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2021. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>> Acesso em 09 nov de 2021.

AZEVEDO, Fernanda Maria Caldeira de. **O conceito de patriarcado nas análises teóricas das ciências sociais: uma contribuição feminista.** Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistatrespontos/article/view/3386/2166>> Acesso em: 5 ago de 2021.

BALESTERO, Gabriela Soares; GOMES, Renata Nascimento. **Violência de Gênero: uma análise crítica da dominação masculina.** Disponível em: <<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34812.pdf>> Acesso 01 de mai de 2021.

BAGGENSTOSS, Grazielly Alessandra et al. **Não há lugar seguro. Estudos e práticas sobre violências domésticas e familiares.** Tribunal de justiça de Santa Catarina. Florianópolis: Editora Centro de Estudos Jur p. fig. ídicos (CEJUR), Volume 1. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br>> Acesso 10 nov de 2021.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). **Lei da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.** Brasília, DF: Senado Federal, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em: 12 de mai de 2021.

BRASIL. Lei nº12.845/2013 (Lei do Minuto Seguinte). **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual** Brasília, DF: Senado Federal, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm> Acesso em: 12 de mai de 2021.

BRASIL. Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) que altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm> Acesso em: 12 de mai de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Câmara Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 12 de mai de 2021.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Assédio Moral e Sexual.** Disponível em: <<https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas/integridade-publica/assedio-moral-e-sexual#:~:text=Ass%C3%A9dio%20sexual%20se%20caracteriza%20por,intimidada%20com%20incita%C3%A7%C3%B5es%20sexuais%20inoportunas>> Acesso em: 10 nov de 2021

BRASIL. **Lei Federal Nº 10.224**, de 15 de maio de 2001. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10224.htm> Acesso em: 06 outubro 2021.

BRASIL, ODM - **Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Disponível em:

<<http://www.odmbrasil.gov.br>> Acesso: 01 de nov de 2021.

BRASIL, NAÇÕES UNIDAS. **OMS aborda consequências da violência sexual para saúde das mulheres.** 2018. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/80616-oms-aborda-consequencias-da-violencia-sexual-para-saude-das-mulheres>> Acesso 01 de mai de 2021.

BLOG PSICOLOGIA VIVA. **Somatização – O que é, sintomas e transtorno de somatização.** Disponível em: <<https://blog.psicologiaviva.com.br/somatizacao/>>. Acesso 01 de mai de 2021.

CANDELLA, Barbara Adriane. **Papel da Equipe de Saúde no Atendimento à Mulher Vítima de Violên-**



cia Sexual. Fundação Educacional do Município de Assis – SP. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis. Disponível em < cepein.femanet.com.br > BDigital > arqTcc> Acesso 03 de mai de 2021.

CARDOSO, Jéssica Cunha. **O papel das nações unidas na obtenção de direitos para as mulheres,** Faculdades Integradas Rio Branco - FRB, Curso de Bacharelado em Relações Internacionais. Disponível em: < https://www.riobrancofac.edu.br/site/doc/simposios/2016/Papel-das-Nacoes-Unidas-mulheres_Jessica.pdf > Acesso em: 10 de maio de 2021

COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-311/2007.**

COELHO et al. **Violência: definições e tipologias.** Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, SC, 2014.

CUNHA, Carolina. **Gênero e identidade: muito além da questão homem e mulher.** Disponível em: <http://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/genero-e-identidade-muito-além-da-questao-homem-mulher.htm> > Acesso em 17 abr 2020

CUNHA, Bárbara Madruga da. **Violência contra a Mulher, Direito e Patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero.** Artigo classificado em 7º lugar na XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR 2014. Disponível em: <<http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf> > Acesso em: 12 de mai de 2021

CHAUÍ, Marilena. **Democracia e sociedade autoritária.** In: Palestra proferida pela Professora Marilena Chauí, em Goiânia, no dia 14 de março de 2013, no Espaço Oscar Niemeyer, no evento Café de Ideias. Aula Inaugural do PPGCOM – UFG turma 2013.1. Comunicação & Informação, v. 15, n.2, p. 149-161, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/ci/article/view/24574/0>> Acesso em 12 de mai de 2021.

DOSSIÊ Agência Patrícia Galvão. **Violência Sexual.** Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/violencia-sexual/> Acesso 02 de mai de 2021.

ESTUPRO. In: **WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre.** Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Estupro&oldid=60705206>>. Acesso em: 21 mar. 2021

FOLHA DE SÃO PAULO. Femicídio. **Um terço das mulheres sofre violência física ou sexual, diz OMS.** Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/um-terco-das-mulheres-sofre-violencia-fisica-ou-sexual-diz-oms.shtml> Acesso 02 de mai de 2021.

FRANCO, Luiza. **Violência contra a mulher: novos dados mostram que 'não há lugar seguro no Brasil.** BBC NEWS BRASIL. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-47365503> > Acesso em 09 nov de 2021.

GONÇALVES, Aparecida, Ex-Secretária Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Dossiê Violência Sexual,** Agência Patrícia Galvão. Disponível em: <<https://www.naosecale.ms.gov.br/violencia-sexual/>> Acesso em: 05 de mai de 2021.

HOMICÍDIO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikipedia Foundation, 2021. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Homic%C3%ADdio&oldid=62135518>>. Acesso em: 28 set. 2021.

INFOPÉDIA, Dicionários Porto Editora – **Patriarcado.** Porto Editora. Disponível em: <[https://www.infopedia.pt/\\$patriarcado](https://www.infopedia.pt/$patriarcado)> Acesso em 18 nov de 2021

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Lei Maria da Penha.** 2009. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-somos.html>> Acesso em 10 de jun de 2021.

IPEA, **Violência contra a Mulher.** Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlas-violencia/filtros-series/3/violencia-por-raca-e-genero> > Acesso: 05 de mai de 2021.

JOAN SCOTT. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em:

<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Joan_Scott&oldid=60826940>

LIMA, et al. **Assistência de enfermagem frente a mulheres vítimas de violência no Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/11861/10666/157706>> Acesso em: 02 nov de 2021.

MANSUÍDO, Mariane. **Como profissionais de saúde podem identificar e ajudar mulheres vítimas de violência**. Câmara municipal de São Paulo. Mulheres. 2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/como-profissionais-de-saude-podem-identificar-e-ajudar-mulheres-vitimas-de-violencia/#:~:text=%C3%89%20preciso%20compromisso%20das%20institui%C3%A7%C3%B5es,para%20o%20servi%C3%A7o%20mais%20adequado>> Acesso em 10 de jun de 2021.

MEDEIROS, Ariane Azevedo de. **Assistência de Enfermagem a Mulheres Vítimas de Violência Sexual**. Ariquemes – RO, 2011. Faculdade de Educação E Meio Ambiente. Acesso em 12 de jun de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004 – 2007**. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/politica_nac_atencao_mulher-2004-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso 07 de mai de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/C%C3%B3pia-de-politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf> Acesso: em 03 mai de 2021

MORAES E ET AL. **O Cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual**. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>> Acesso em 03 mai de 2021

NASCIMENTO, Patrícia Cristina. **Violência doméstica contra a mulher: Serviço Social no Espaço do CEVIC**. Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287481.PDF>> Acesso em 17 abr 2020.

Nota Técnica **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/estupro-no-brasil-uma-radiografia-segundo-os-dados-da-saude-ipea-2014/>> .Acesso em: 17 abr 2020.

NORMA TÉCNICA: **Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 1ª Edição. Brasília – DF, 2015. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf> Acesso em: 06 de mar 2021.

OLIVEIRA, Glaucia Fontes de. **Violência de gênero e a lei Maria da Penha**. Disponível em: <<http://www.oabsp.org.br/subs/santoanastacio/institucional/artigos/violencia-de-genero-e-a-lei-maria-da-penha>> Acesso em: 16 de mar 2021.

OMS – Organização Mundial de saúde. **Devastadoramente generalizado: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência**. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>> Acesso: 06 mar de 2021.

OPAS BRASIL (**Organização Pan-Americana da Saúde**). Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5720:neste-dia-laranja-opas-oms-aborda-violencia-sexual-e-suas-consequencias-para-as-vitimas&Itemid=820#:~:text=A%20viol%C3%A7%C3%A3o%20definida,com%20a%20v%C3%ADtima%2C%20em%20qualquer> Acesso: 06 mar de 2021

OPAS BRASIL (Organização Pan-Americana da Saúde). **Folha informativa - Violência contra as mulheres**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content> 20 Acesso: 06 mar de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002**. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>> Acesso: 06 mar de 2021.

PENHA, Instituto Maria da. **Resumo da Lei**. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/>>



[lei-11340/resumo-da-lei-maria-da-penha.html">lei-11340/resumo-da-lei-maria-da-penha.html](#)> Acesso em 05 mai 2021.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Conceito de Violência**. Direito. Disponível em: <<https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/conceito-de-violencia/24924#>> Acesso em 12 de mai de 2021

PORTO EDITORA – **patriarcado na Infopédia** [em linha]. Porto: Porto Editora consult. 2021-11-18 Disponível em: <[https://www.infopedia.pt/\\$patriarcado](https://www.infopedia.pt/$patriarcado)> Acesso em: 06 mai de 2021.

RODRIGUES, Carla. **Butler e a desconstrução do gênero. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n1/a12v13n1.pdf>> Acesso em: 15 ago 2021.

ROSA, R. et al. Violência: conceito e experiência entre alunos de graduação em ciências da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, V.14, n.32, p.81-90, jan./mar.2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/j/icse/a/Cbr3ChY6bdPSc7kNvwN5LTk/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em Out 2012

Saffioti. Heleieth I.B. **Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100007&script=sci_arttext> Acesso em Out 2012

SILVA, Caroline Fernanda Santos da; Moraes, Andrielle Rodrigues; Rocha, Katia Glashorester da Silva. **Violência de Gênero no Contexto Escolar: Refletindo sobre Estratégias de Enfrentamento Através da Extensão Universitária**. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expres-saextensao/article/viewFile/11339/7839> Acesso em: 04 ago de 2021.

SOUZA, Marcelly Mayara dos Santos; OLIVEIRA, Marconny Verissimo Paes de. **Violência Sexual contra a mulher e o papel do enfermeiro**. Aracaju, 2016. Disponível em: < <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/1582>> Acesso: 06 mai de 2021.

TARTUCE, T. J. A. **Métodos de pesquisa**. Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, 2006. Apostila. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 05 de out. 2021.

UNIVERSA UOL. **Violência contra a mulher. Dados compilados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, baseados em informações das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social dos estados**. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/10/18/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2020.htm>> Acesso em: 15 de nov 2020.

VELOSO, Jessica. **Os efeitos da fertilização in vitro em caso de divórcio**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/55792/os-efeitos-da-fertilizacao-in-vitro-em-caso-de-divorcio#:~:text=Nessa%20t%C3%A9cnica%20h%C3%A1%20a%20manipula%C3%A7%C3%A3o,zigoto%20fora%20do%20corpo%20feminino>> Acesso em: 05 de mai de 2021.

VIEIRA, Luiza Jane de Souza et al. Protocolos de atenção à saúde da mulher vítima de violência sexual na ótica dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016001203957&lng=pt&nrm=iso%20nrm=iso> Acesso: 06 mai de 2021.

CAPÍTULO 43

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

***NURSING INTERVENTIONS IN PALLIATIVE CARE FOR CANCER
PATIENTES***

Rebeca Cristina Corrêa Ferreira¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

Resumo

O câncer é uma doença crônica que tem crescido muito cada ano, tornando-se um problema mundial. Existem mais de 100 tipos diferentes de doenças malignas. Mesmo existindo vários tipos, todas elas começam quando as células de algum tecido ou órgão crescem de forma desordenadas. Este crescimento é completamente diferente do crescimento celular normal, pois as células cancerosas tendem a se espalhar mais rapidamente para as outras regiões do corpo de forma mais agressiva e incontrolável, ocasionando a formação de tumores. Quando se assume a forma avançada, o câncer pode evoluir para uma condição de impossibilidade de cura, nesta etapa surgem alguns sintomas e sinais adversos, como a dor, náuseas, fadiga, anorexia, depressão, ansiedade, constipação, vômitos e outros. Desta forma, os cuidados prestados neste paciente com câncer, deixam de ser curativo e passam a ser paliativo. Os cuidados paliativos, refere-se a um modelo de cuidado cujo o foco e atenção está centrada na pessoa doente e não na doença em si. Busca-se através desses cuidados garantir uma qualidade de vida para paciente, aliviando suas dores, seja física, emocional ou psicológica. A enfermagem paliativa tem a característica de cuidar das pessoas em seus últimos meses ou últimos dias, com a finalidade de evitar e aliviar dores e sofrimentos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, o cuidado de enfermagem trata-se de uma área que lida com a assistência dos pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida em diferentes aspectos de intervenção, como o ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

Palavras-chave: Câncer, Cuidados Paliativos, Pacientes Oncológicos, Intervenções de Enfermagem Nos Cuidados Paliativos.

Abstract

Cancer is a chronic disease that has grown a lot every year, becoming a worldwide problem. There are more than 100 different types of malignant diseases. Even though there are several types, they all begin when the cells of some tissue or organ grow in a disordered way. This growth is completely different from normal cell growth, as cancer cells tend to spread more rapidly to other regions of the body more aggressively and uncontrollably, causing tumors to form. When it takes the advanced form, cancer can evolve to a condition of impossibility of cure, at this stage arise some symptoms and adverse signs, such as pain, nausea, fatigue, anorexia, depression, anxiety, constipation, vomiting and others. Thus, the care provided in this cancer patient is no longer curative and become palliative. Palliative care refers to a model of care whose focus and attention is centered on the sick person and not on the disease itself. It seeks through this care to ensure a quality of life for the patient, relieving their pain, whether physical, emotional or psychological. Palliative nursing has the characteristic of caring for people in their last or last months, in order to avoid and relieve pain and suffering, contributing to a better quality of life. Thus, nursing care is an area that deals with the care of patients who face life-threatening diseases in different aspects of intervention, such as outpatient, hospital and home.

Key-words: Cancer, Palliative Care, Cancer Patients, Nursing Interventions In Palliative Care.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença crônica que tem se tornando um problema mundial, uma vez que milhares de pessoas todo ano e em todas as faixas etárias tem sido afetada, causando grandes transtornos, dores e sofrimentos tanto ao paciente como também em seus familiares.

Após a confirmação do diagnóstico de câncer, é muito importante que os cuidados paliativos sejam iniciados o mais rápido possível juntamente com as outras medidas para a maior prolongação da vida, como radioterapia, quimioterapia e ainda todas as investigações necessárias para melhor compreensão e controle dos sintomas.

Os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem na qual melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, promovendo prevenção, alívio de sofrimento, suporte físico, emocional, espiritual e psicológico. Podendo ser oferecido e realizado tanto nas instituições hospitalares como na sua própria residência.

Prestar o cuidado necessário aos pacientes que já estão em fase final é um grande desafio, visto que os profissionais de enfermagem precisam não só de conhecimentos técnicos, mas também de conhecimentos científicos, habilidades para ouvir e compreender cada situação vivenciada por aquele indivíduo. Com isso, espera-se garantir dessa forma um cuidado mais integral e de qualidade, já que os profissionais de enfermagem passam mais tempo ao lado não só do paciente, mas também de seus familiares.

Com base nas afirmações feitas nos parágrafos anteriores questiona-se: Quais os tipos de cuidados de enfermagem que devem ser aplicados ao paciente oncológico? Tendo em vista que essa pesquisa visa apresentar a importância dos cuidados de enfermagem e os seus métodos a serem utilizados nos pacientes oncológicos.

Dessa forma, o objetivo geral é compreender a importância das intervenções usadas no tratamento de cuidados paliativos em pacientes oncológicos. Apresentando os seguintes objetivos específicos: Descrever a anatomia do câncer e relatar a visão do paciente frente a descoberta da doença; analisar os tipos de cuidados paliativos prestados ao paciente; discutir a atuação do enfermeiro com os pacientes oncológicos.

A metodologia utilizada para este trabalho foi de revisão biográfica descritiva de literatura científica, foram utilizadas buscas de informações nas plataformas existentes como google acadêmico, scielo e revistas científicas por meio das palavras chaves embasadas nos descritores controlados de ciência da saúde: Intervenções de Enfermagem nos Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico. Neste trabalho foram separados e listados trabalhos científicos de revisão literária, foram buscados nos idiomas Português e Inglês no período de tempo entre 2012 até 2022.



2. CÂNCER

Câncer é um nome genérico para um grupo de mais 100 tipos diferentes de doenças malignas. Apesar de existirem vários tipos de câncer, todos eles começam quando as células de algum órgão ou tecido do corpo cresce de forma desordenada. Esse crescimento é totalmente diferente do crescimento celular normal. As células cancerosas tendem a se espalhar rapidamente para outras regiões do corpo de forma muito agressiva e incontrollável, ocasionando a formação de tumores. Isso se dá, devido as células cancerígenas entrarem na corrente sanguínea ou nos vasos linfáticos do corpo humano (INCA,2020).

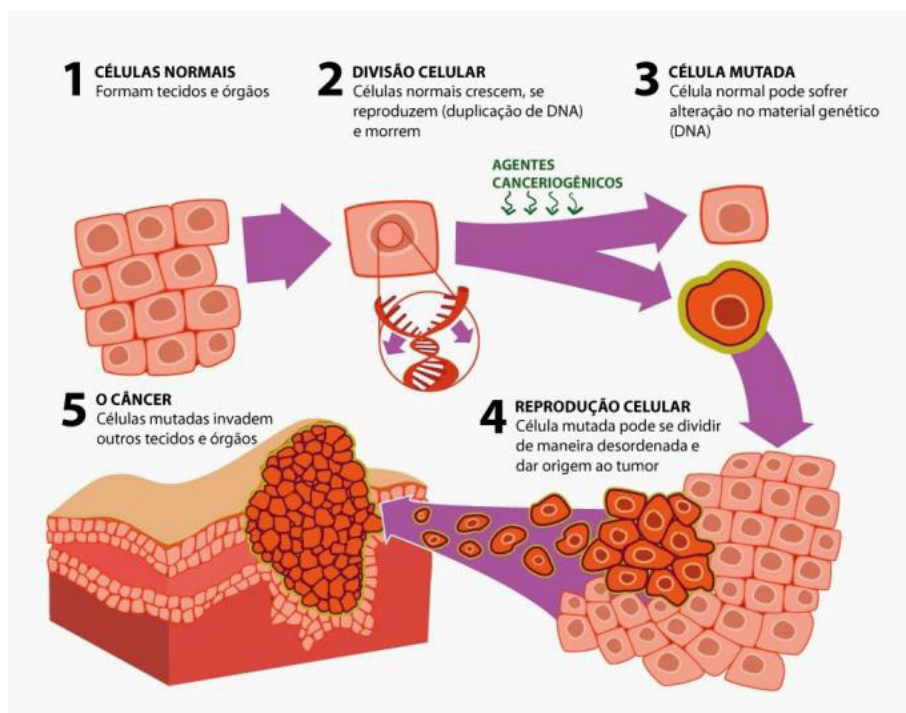


Figura 1 – Crescimento de células cancerígenas
Fonte: Adaptado do Hospital Hélió Angotti (2019)

Dos diversos tipos de causas de morbimortalidade que acontece no mundo, o câncer é a única que continua crescendo independente do país ou continente que se encontra, sendo responsável por uma em cada dez mortes em países desenvolvidos (BELHIANE; MATOS; CAMARGOS, 2014).

O câncer vem se tornando um problema de saúde mundial, uma vez que vem aumentando sua prevalência dentro das doenças crônicas não transmissíveis, necessitando muitas das vezes de grandes investimentos financeiros (TERRA et al.,2013).

De acordo com INCA (2022), o câncer não possui uma causa única, mas existe alguns fatores externos e internos que contribuem para o aparecimento dessa doença crônica. A maioria dos casos são associados aos fatores externos, os quais incluem o meio ambiente e os nossos hábitos de vida. As mudanças ocasionadas pelo meio ambiente, pelos hábitos e comportamentos podem aumentar o risco de diferentes tipos de câncer. Já no que diz a respeito às causas internas, temos as condições imunológicas, os hormônios e o fator genético.

Existe alguns sintomas específicos que costumam ser como um sinal para o diagnóstico de câncer, como por exemplo, crescimento anormal de uma parte do corpo, perda

de peso ou sangramento inesperado nas fezes ou urina. Em busca do diagnóstico, são utilizados alguns recursos, como ultrassonografias, tomografias e exames laboratoriais. Após o diagnóstico de câncer, é necessário que aconteça uma pequena cirurgia, onde será retirado uma pequena amostra do tecido suspeito para ser analisado na biópsia (GUSMÃO et al., 2012).

2.1 Pacientes oncológicos

Assim como as doenças cardiovasculares, doenças renais e a diabetes, o câncer é classificado como uma doença crônica. Entretanto, diferentemente das outras doenças, a palavra câncer leva aquele que a pronuncia ou o que escuta, a pensamentos e cenários ruins, como queda de cabelo, quimioterapia, náuseas, tristezas, dor e hospitalização, visto que já foi rotulada a sua representação negativa na sociedade (NEUMAYER et al., 2018).

O diagnóstico de câncer traz diversas alterações no modo de viver e no modo de pensar do paciente, pois ele se vê diante de uma doença que o coloca em risco e mais próximo da morte. A sociedade por sua vez, contribui para esse cenário pessimista que se tem de um prognóstico de câncer, por achar a cura algum de difícil de se acontecer. Logo, esse diagnóstico traz muitas inseguranças e dúvidas para os pacientes e para os seus familiares, que por muitas vezes, vem acompanhado por alguns transtornos psiquiátricos, que são caracterizados na maioria dos casos em dois grupos básicos: ansiedade e depressão. (FERREIRA et al., 2016)

Mesmo com muitos avanços na medicina que permitem o paciente a ter acesso a tratamentos que possibilitam o controle da doença e, em muitos casos, até mesmo a cura, o diagnóstico de câncer ainda produz fortes repercussões emocionais na vida do paciente e em seus familiares, sendo a doença associada a morte ou a tratamentos dolorosos (BARROS et al., 2012).

É logo após a descoberta do câncer, que se abre o caminho de um tratamento desconhecido, doloroso, prolongado, causando muitas vezes impactos na família, afastamentos de amigos, fragilidade perante ao um futuro incerto, tornando cada vez mais iminente a possibilidade de morte. Assim, a família e o paciente ficam expostos a uma doença e a serviços de saúdes que para eles antes eram desconhecidos. (LIMA et al., 2012)

Para a maior parte das pessoas, o diagnóstico de câncer representa um evento desastroso em suas vidas, quando terão que lidar a partir daquele momento com o estresse, e com os efeitos colaterais aversivos associados a doença e ao seu tratamento. Fazendo com que, muitos pacientes acabem experimentando mudanças na sua vida pessoal, no status do seu emprego e também na sua capacidade física (TERRA et al., 2013).

Os tratamentos de câncer como, radioterapia, quimioterapia e até mesmo o transplante de medula óssea, possuem bastante efeitos colaterais. O que leva muitas das vezes à recusa do paciente em dá continuidade aos tratamentos, diminuindo dessa forma sua qualidade de vida (QV), e comprometendo a eficácia do tratamento (TERRA et al., 2013)



Observa-se, que nesse período de tratamento é muito importante o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar ao lado dos pacientes, principalmente na estimulação de uma alimentação adequada, frente aos diversos desafios enfrentados, como a falta de apetite, náuseas, vômitos, xerostomia, entre outros, a fim de prevenir o problema com a perda de peso (SOUZA, FORTES, 2012).

Por ser caracterizado por muitos estressores, incluindo a gravidade e os riscos da doença, as possíveis desconfigurações e pelos efeitos colaterais, o câncer pode ser visto como um evento traumático específico por dois critérios: ameaça a vida e a ameaça à integridade física. (ZANCAN; CASTRO, 2013)

3. CUIDADOS PALIATIVOS

O câncer quando assume a forma avançada, pode evoluir para uma condição de impossibilidade de cura, nesta etapa, surgem a presença de sinais e sintomas poucos controláveis como a dor, náuseas, anorexia, fadiga, depressão, ansiedade, vômitos, constipação e outros. Essas manifestações podem estar relacionadas aos efeitos adversos do tratamento, como também a invasão tumoral, causando a estes pacientes desconfortos e impactos negativos para sua qualidade de vida. Sendo assim, os cuidados prestados neste paciente com câncer, deixam de ser curativo e passam a ser paliativo. (FREIRE et al., 2018)

O diagnóstico tardio do câncer prejudica e atrasa o tratamento com o objetivo curativo, diminuindo o tempo de sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas. Perante da impossibilidade de cura da doença devem ser implementadas medidas de cuidado que foquem na manutenção do conforto e da qualidade de vida, a contar da prática dos cuidados paliativos (SILVA et al., 2015).

Os cuidados paliativos (CP) são considerados uma técnica inovadora que surgiu desde a última década e vem ganhando cada vez mais espaço no Brasil. Esse cuidado se diferencia da medicina curativa pelo fato de focar no cuidado integral, prevenindo e controlando os sintomas em pacientes que estão fora da perspectiva de cura (MATSUMOTO, 2012).

Logo, com base nas afirmações de Fonseca e Geovanini (2012), os cuidados paliativos indicados a pacientes portadores de neoplasias e outras doenças crônicas, principalmente quando não há uma perspectiva de cura. Refere-se, de um modelo de cuidado cujo o foco e a atenção está centrada na pessoa doente e não na doença, na história de vida e no cenário familiar, e em seu processo de enfermidade e morte, oferecendo a todos envolvidos um conforto tanto psicológico, como social e espiritual.

Desta forma, os CP buscam garantir alívio das dores e de outros sintomas angustiantes; integram os aspectos sociais, psicológicos e espirituais ao paciente; utilizam uma abordagem de equipe para responder todas as necessidades do cliente e de seus familiares. Portanto, os cuidados paliativos consideram os familiares do paciente como uma unidade de cuidado que também precisa receber a assistência durante todo o tratamento, persistindo até depois da morte, no período do luto. Entretanto, para que tenha um cuidado de qualidade, precisará existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofis-

sional, da qual as dedicações sejam em função das necessidades concretas de atenção (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Vale salientar, que este cuidado requer um diagnóstico precoce, uma avaliação e um tratamento para dor e para outros problemas seja de natureza física, psicossocial ou espiritual, proporcionando, também o reconhecimento e a aceitação da proximidade da morte com decisões quanto ao futuro, bem como para viverem da melhor forma possível, durante o tempo que lhe resta (VASQUES et al., 2013).

De acordo com o ACNP (2012), para se garantir um cuidado de qualidade, deve-se partir do princípio que a melhor ferramenta é a avaliação do paciente. Independente da modalidade de atendimento, seja em regime de internação ou ambulatorial, a avaliação do paciente deve conter elementos essenciais e fundamentais que possibilitem uma maior compreensão de quem é o paciente, facilitando identificação de preferências, dificuldades, como proceder na cronologia da evolução da doença, ajudando nos tratamentos já realizados e nas necessidades atuais e sintomas do doente.

Os CP têm o intuito de amenizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável e irreversível. Prezando sempre pelo não abandono, pelo acolhimento espiritual do paciente e de sua família, além de sempre respeitar a verdade e aceitar a autonomia do paciente, incentivando sempre sua participação no tratamento. Vale lembrar que o tratamento não pertence somente aos profissionais de saúde, mas também ao paciente, principalmente quando já não é mais possível a possibilidade de cura e os limites terapêuticos parecem se romper. É nessa hora, que cuidados devem se superar, oferecendo aquele paciente dignidade e respeito para que não sofra nos seus últimos momentos de vida. (ALMEIDA, 2017).

Diante disso, para que haja, bem-estar, conforto, dignidade humana e qualidade de vida, é fundamental que os cuidados paliativos estejam centrados na pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba informações apropriadas sobre o seu estado de saúde e de seu papel nas tomadas de decisões sobre o tratamento recebido (ATTY; TOMAZELLI, 2018).

Há também a opção de os pacientes receberem esses cuidados paliativos em um ambiente domiciliar. Onde a rede básica de saúde deve contar com os profissionais que estejam prontos para dar esse suporte à estes casos. Diante disso, os CP devem ser planejados em diferentes níveis de atenção, de forma atender as necessidades locais, respeitando sempre as realidades regionais de cada lugar (MORAES, 2012).

3.1 Componentes dos cuidados paliativos

A intervenção paliativa tem como componentes fundamentais o alívio dos sintomas e apoio durante o tempo necessário para o paciente, e até mesmo logo após a sua morte, durante todo o período que sua família enfrenta o luto, caracterizando-se em um acompanhamento multidisciplinar.

Assim, os cuidados paliativos, segundo Oliveira (2019), devem abarcar princípios como:



- a) reafirmam a vida e consideram que a morte é um processo natural, pelo que não apressam a morte (eutanásia) e nem a atrasam (obstinação terapêutica), sendo ambas condenáveis;
- b) promover uma qualidade de vida e um bem-estar ao doente, disponibilizando tudo que vá ao encontro com esse objetivo, sem recorrer a medidas agressivas;
- c) promovem uma abordagem total e holística do sofrimento do paciente, nos aspectos físico, psicológico, social e espiritual.
- d) disponibilizam um sistema de suporte que apoie e auxilie os familiares durante todo o processo da doença do paciente até o enfrentamento do luto;
- e) atuam nas diversas necessidades do paciente e de sua família, não focando só no diagnóstico e prognóstico;
- f) devem ser introduzidos quando o tormento é grande e em regime de cuidados partilhados mesmo quando ainda estão em tratamentos curativo;
- g) ofertam um sistema de suporte que possibilitem o paciente viver mais energeticamente possível, até o momento de sua morte;

4. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

A enfermagem paliativa tem a característica de cuidar das pessoas em seus últimos meses ou últimos dias, com a finalidade de evitar e aliviar dores e sofrimentos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Sendo assim, o cuidado de enfermagem trata-se de uma área que lida com a assistência dos pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida em diferentes aspectos de intervenção, como o ambulatorial, hospitalar e domiciliar (SOUSA; ALVES, 2014).

Diante da alta complexidade que existe nessa área de atuação da enfermagem, é necessário se tenha um empenho muito grande da equipe de saúde, por meio de seu trabalho interdisciplinar, para que se possa atender as necessidades de cuidado do paciente e de sua família dentro das possibilidades, perante as dúvidas, diversidades e imprevistos que limitam a realidade complexa, mediante a vulnerabilidade do quadro clínico do paciente e dá a proximidade da morte (SILVA; MOREIRA, 2011).

O enfermeiro, busca através de suas ações e assistência, promover uma qualidade de vida melhor para o paciente, garantindo alívio para as dores, conforto, suporte na área psicológica, espiritual, social e física. O COFEN, descreve algumas ações dos profissionais de enfermagem nos Cuidados Paliativos em sua resolução nº 564/2017, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020.p 13)

Portanto, prestar o cuidado aos pacientes que já estão na fase final da vida, é um grande desafio para equipe de enfermagem, visto que os profissionais de enfermagem permanecem muito tempo não só ao lado do paciente, mas também de seus familiares. Entende-se que para se ter um cuidado integral e de qualidade ao paciente é necessário não apenas conhecimentos técnicos, mas conhecimentos científicos, habilidades para ouvir e compreender cada situação vivenciada por aquele indivíduo (RODRIGUES, 2019).

Assim, de acordo com Durante, Tonin e Armin (2014), o enfermeiro desempenha uma função fundamental na assistência prestada ao cliente, em virtude de seu trabalho, está sempre em contato direto e mais intenso com os pacientes, não apenas durante sua fase terminal, mas também no decorrer de todo o percurso da doença, auxiliando nos surgimentos de sintomas de fragilidades e limitações específicas de natureza física, social, psicológica e espiritual.

As intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos devem iniciar no primeiro ato de diagnóstico juntamente com o cuidado curativo, e deve-se permanecer durante todo o tratamento, administrando o controle da dor e de todos os outros sintomas globais apresentados. O paciente com o diagnóstico de câncer, possivelmente, só conseguirá alcançar uma boa qualidade de vida após a descoberta precoce da doença e a implementação dos cuidados paliativos. As ações de cuidados de enfermagem, trazem grandes efeitos e impactos nos cuidados paliativos, na qual o cuidado é essencial para que se possa controlar de forma eficaz o transtorno que o câncer faz na vida dos doentes e de seus familiares (SOUSA; SILVA; PAIVA, 2018).

Com base nesse contexto, sabe-se que o cuidado de enfermagem é mais do que necessário, é extremamente importante, visto que é o enfermeiro que vai estar agindo diretamente com o paciente, fazendo parte do seu cotidiano e da sua rotina. Portanto, é através do enfermeiro que irá ser feita a avaliação da qualidade de vida do paciente, e aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, usando também os métodos que possam diminuir o sofrimento do cliente relacionado ao seu tratamento, organizando os medicamentos em busca de garantir alívio de dores intensas físicas e também ações que melhorem sua vida (ALMEIDA et al., 2020).

A companhia e o acompanhamento do enfermeiro como cuidador é um fator muito importante durante o tratamento do paciente, onde deve diminuir ou até mesmo impossibilitar que exista sentimentos de isolamento e de abandono. Segundo Fonseca, Mira e Gato (2018) as relações estabelecidas entre o doente e os profissionais, requerem maior proximidade, envolvimento e intimidade com o objetivo de evitar que exista um sentimento de abandono.

É por meio deste contexto, que as atitudes do cuidador podem representar um grande valor para aquele que está recebendo o cuidado. Sabe-se ainda que prestar cuidados a pacientes que se encontram na fase final da vida demanda da equipe de enfermagem o domínio sobre o conhecimento científico, técnico e a habilidade para prestar uma escuta



ativa, fazendo da comunicação algo essencial entre o cuidador, o paciente e os familiares (HERMES; LAMARCA, 2013).

O enfermeiro e os cuidados paliativos estão ligados diretamente, pois o profissional de saúde precisará prestar um cuidado humanizado ao cliente. Onde, fará com que aquele paciente tenha um final de vida confortável e sem dor, dando assistência aos seus familiares mesmo após a sua morte. Mediante a esse cenário os cuidados paliativos são um preparo para um paciente, para uma família, para um profissional que tem como prioridade a qualidade de vida e não a esperança de cura (ALMEIDA et al., 2020).

O enfermeiro na assistência, tem o papel de participar não só do cotidiano do paciente, mas também do cuidador ou familiar, buscando sempre saber quais são as dificuldades enfrentadas por eles, de maneira que possa intervir de forma sistemática, considerando todos os aspectos. Devido os profissionais passarem mais tempo junto ao paciente e de seus familiares, acabam ganhando a confiança de todos e estabelecendo grandes laços na promoção das interações, procurando estratégias que possibilitem que os cuidados sejam adequados tanto ao paciente como em seus familiares. Diante disso, a prática da humanização, do conforto, da solidariedade, do amparo e da compaixão prestada pelo enfermeiro, ou pela família ao paciente oncológico durante a execução dos cuidados paliativos, são extremamente primordiais e fundamentais nesta fase, possibilitando a eles um tratamento mais digno e menos doloroso (ROSA et al., 2020).

De acordo com MOURA (2015), existe algumas competências centrais que o enfermeiro juntamente com os outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados paliativos deve obter:

- a) Para se tenha o resultado esperado no tratamento de cuidados paliativos, é muito importante que os profissionais de saúde envolvidos nos CP tenham algumas competências;
- b) Executar os princípios gerais de Cuidados Paliativos em qualquer situação de cuidados onde o paciente e sua família se encontrem e onde a atuação está muito além do diagnóstico e da cura, pois o paciente deve ser considerado, cuidado e tratado da melhor forma possível;
- c) Proporcionar o conforto físico durante toda trajetória da doença, aliviando o sofrimento (dor e outros sintomas), através de tratamentos farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Atender as necessidades dos familiares e dos cuidadores informais do cliente relacionados com a finalidade de cuidado a curto, a médio e a longo prazo;
- e) Desempenhar um papel de liderança ou coordenação de cuidados com expressão compreensiva e interdisciplinar em qualquer situação que se encontrar no CP;
- f) Responder as necessidades sociais, psicológicas e espirituais do paciente e da família, conciliando os cuidados e as necessidades prestadas, levando sempre em conta os desejos de cada paciente e de seu familiar.

- g) Promover a autoconsciência e o desenvolvimento profissional constantes, com reflexão sobre cada atitude em relação á doença, morte e o luto.
- h) Elaborar competências de comunicação e de relação interpessoais;
- i) Responder aos desafios clínicos e aos processos de tomada de decisão ética nos cuidados paliativos.

No contexto hospitalar, os profissionais de enfermagem assumem grandes responsabilidades dos pacientes, contendo com uma competência fornecer assistência na avaliação diagnóstica, no tratamento, na reabilitação e no atendimento aos familiares. Tendo, que lidar continuamente com situações de tristeza e morte. Esse contexto requer dos profissionais de enfermagem uma assistência com excelência na avaliação integral do paciente e de seus familiares (SOUZA; SANTANA; RECANELLO, 2021).

As ações do enfermeiro e da equipe de cuidados paliativos são cheios de muitos desafios, especialmente no que se refere a promover esperança e conforto ao cliente. O início desse trabalho tem como fundamento, uma escuta qualificada e empática, atitude como essa, que deve fazer parte da rotina de todos os profissionais envolvidos e que para o tratamento faz toda a diferença, permitindo que se tenha uma proximidade entre o profissional e o paciente, levando esse profissional a conhecer todos os seus medos, anseios, preocupações e expectativas suas e de seus familiares (SILVA, 2016).

Referências

- ALMEIDA, Larissa Marinalva de Oliveira. **A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS AO PACIENTE TERMINAL COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**. 2017. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Anhanguera, Campo Grande, 2017.
- ALMEIDA, Pollyana Farias de et al. **A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos**. 2020. 19 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, 2020.
- ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. **Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil**. 2018. 12 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2018.
- BARROS, Erika Neves et al. 2012. **O funcionamento familiar do paciente com câncer**. 2012. 17 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Psicologia em Revista, Belo Horizonte, 2012.
- BELHIANE, Heber Paulino Pena; MATOS, Leandro Rodrigo Pereira de; CAMARGOS, Ferreira. **O PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**. 2014. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, 2014.
- DURANTE, Ana Luisa Teixeira da Costa; TONIN, Teresa; ARMIN, Luana Rodrigues. **CONFORTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: O SABER-FAZER DO ENFERMEIRO NO HOSPITAL GERAL**. 2014. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista de Enfermagem Ufpe, Recife, 2014.
- FERREIRA, Andreia Silva et al. **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponentes**. 2016. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Revista Brasileira de Cancerologi, Minas Gerais, 2017.
- FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fatima. **Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de**

- Saúde**. 2012. 6 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- FREIRE, Maria Eliane Moreira et al. **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS**. 2018. 13 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.
- GUSMÃO, Cid Buarque de. **Guia Prático para o paciente oncológico**. 2012. 29 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Combate Ao Câncer, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.cccancer.net/tratamento/guia-pratico-para-o-paciente-oncologico/>. Acesso em: 24 mar. 2022.
- HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. 2013. 12 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.
- HOSPITAL HÉLIO. **Sobre o Câncer**, 2019. Disponível em: <https://www.helioangotti.com.br/paciente/sobre-o-cancer>. Acesso em 27 mar. 2022
- INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O QUE É, 2020**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em 26 mar. 2022.
- INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O QUE CAUSA O CÂNCER, 2022**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-cancer> Acesso em 25 mar. 2022
- Instituto do Câncer Rio Preto. **Cuidados Paliativos**. 2015. Disponível em: <https://incariopreto.com.br/cuidados-paliativos-2/> Acesso em: 22 abr. 2022.
- LIMA, Lilian Moura de et al. **ADOECER DE CÂNCER: O AGIR E O SENTIR DO GRUPO FAMILIAR**. 2012. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Ciência, Cuidado e Saúde, Rio Grande do Sul, 2012.
- MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.
- MOURA, Andreia Liliana Cerqueira. **A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. 2017. 226 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, 2017.
- MORAES, Ivete Iara Gois de. **SE ESTIVERES MORRENDO... TE CUIDAREI!** 2012. 35 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola Ghc, Porto Alegre, 2012
- NEUMAYER, Alessandra da Cunha et al. **Efeito do Diagnóstico de Câncer e Sugestões para Comunicação Diagnóstica na Visão dos Pacientes**. 2018. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Tecnologia e Ciências (Ftc), Salvador, 2018.
- OLIVEIRA, Sílvia Juliana da Silva. **AS INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DO ENFERMEIRO EM CUIDADOS PALIATIVOS**. 2019. 142 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, 2019.
- ROSA, Naiane Maia da et al. **O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**. 2020. 12 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, De Ciência em Foco, Acre, 2020.
- RODRIGUES, Camila Machado. **CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES EM UM HOSPITAL GERAL: a percepção da equipe de enfermagem frente à terminalidade da vida**. 2019. 52 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. 2020. 55 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Ancp, São Paulo, 2020.
- SILVA, Marcelle Miranda da et al. **Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros**. 2015. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.
- SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. **Sistematização da assistência de enfermagem**

em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros*. 2011. 7 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2011.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos.** 2014. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2014

SOUSA, Amanda Danielle Resende Silva e; SILVA, Liliane Faria da; PAIVA, Eny Dórea. **Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica:** revisão integrativa. 2018. 11 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elioenai Dornelles. **CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR.** 2014. 8 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista de Enfermagem Ufpe, Recife, 2015.

SOUSA, Amanda Danielle Resende Silva e; SILVA, Liliane Faria da; PAIVA, Eny Dórea. **Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica:** revisão integrativa. 2018. 11 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, Jhuly Amado; FORTES, Renata Costa. **Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos:** Um Estudo Baseado em Evidências. 2012. 10 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Revista de Divulgação Científica Sena Aires, Brasília, 2012.

SOUZA, Nathalia Gabrielli Araújo; SANTANA, Thais Gonçalves; RECANELLO, Camila Gonçalves. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA.** 2021. 9 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Várzea Grande, Mato Grosso, 2021.

TERRA, Fábio de Souza et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.** 2013. 6 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, A Faculdade de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano, Minas Gerais, 2013.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer et al. **Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos.** 2013. 8 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

ZANCAN, Renata Klein; CASTRO, Elisa Kern de. **Transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de câncer infantil:** uma revisão sistemática. 2013. 13 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto Metodista de Ensino Superior, Vale do Rio dos Sinos, 2013.

CAPÍTULO 44

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

NURSING ASSISTANCE IN THE PREVENTION OF BREAST CANCER

Luzia Virgem Miranda Mendes¹

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura²

Fernando Martins do Carmo³

Rafaela Mayara Lopes Silva⁴

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Professora, Faculdade Pitágoras, São Luís-Maranhão

3 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

4 Graduada em Enfermagem, Faculdade Santa Terezinha, São Luís - Maranhão

Resumo

O câncer de mama é causado pela alteração das células mamaria, esse processo resulta em células anormais que se desenvolve formando o tumor. O desenvolvimento do câncer de mama pode-se dá através de vários fatores, tais como a genética e fatores externos. A primeira está relacionada com a biologia celular do paciente haja vista, ter uma predisposição ao desenvolvimento de células anormais em decorrência de mutações genéticos. Perante o exposto, objetivou-se compreender qual o papel do enfermeiro na importância da prevenção do câncer de mama. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica integrativa, onde optou-se pela busca em artigos nacionais e internacionais, publicados nos períodos de 2012 a 2021, disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico, Lilacs, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e BVS (Biblioteca Virtual Saúde). Segundo a literatura, um dos métodos mais importante para descoberta precoce do câncer de mama é o autoexame, pois através deste é possível descobrir se há presença de nódulos que possa ocasionar o desenvolvimento da neoplasia mamaria. Desse modo destaca-se a importância de políticas educativas que ensinem a forma de se fazer o autoexame assim como o preparo dos profissionais de saúde para reconhecer os sinais e sintomas do câncer de mama.

Palavras-chave: Câncer de mama. Prevenção. Enfermagem. Assistência.

Abstract

Breast cancer is caused by the alteration of the breast cells, this process results in abnormal cells that develop and form the tumor. The development of breast cancer can take place through several factors, such as genetics and external factors. The first is related to the patient's cell biology, as they are predisposed to the development of abnormal cells as a result of genetic mutations. Given the above, the objective was to understand the role of nurses in the importance of preventing breast cancer. This is an integrative bibliographic review research, where we chose to search national and international articles, published from 2012 to 2021, available in the databases of Academic Google, Lilacs, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and BVS (Virtual Health Library). According to the literature, one of the most important methods for early detection of breast cancer is the self-examination, because through this it is possible to discover if there are nodules that can cause the development of breast cancer. Thus, the importance of educational policies that teach how to carry out self-examination is highlighted, as well as the preparation of health professionals to recognize the signs and symptoms of breast cancer.

Key-words: Breast cancer. Prevention. Nursing. Assistance.



1. INTRODUÇÃO

Em virtude do cenário atual onde o câncer de mama é ainda um diagnóstico com um índice alto de mortalidade, a discussão sobre o tema se torna indispensável. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no ano de 2020 foi estimado aproximadamente 2,3 milhões de novos casos o que representa um percentual de 24,5% dos casos de câncer em mulheres, sendo 15,5% dos óbitos em decorrência de neoplasia mamária (INCA, 2021).

Primeiramente definiu-se o objeto principal dessa pesquisa, o câncer de mama, ele é caracterizado como um tumor maligno que se forma mediante o desenvolvimento de células desordenada além da presença de um ou mais nódulos na mama. O câncer se apresenta quando ocorre a formação de um defeito no material genético encontrado no núcleo das células sendo responsável pela proliferação celular em desequilíbrio. Essas alterações estimulam os oncogêneses que é o crescimento de tumores sejam eles benignos ou malignos essa proliferação se dá através de uma falha no sistema genético que se manifestam descontrolando a multiplicação celular.

É importante ressaltar que existem alguns fatores externos que cominam no desenvolvimento do câncer de mama, está ciente deles e saber sobre os modos de prevenção é essencial para um combate precoce da doença. Diante disso foi abordado nesse trabalho os meios de prevenção de combate do câncer de mama, tendo em vista, que o importante mesmo é o cuidado que se tem que ter para não desenvolver a doença. Nesse ponto se destaca o autoexame que é justamente um método popular que sempre foi divulgado pelos meios de comunicação como meio de detecção da doença.

Outro ponto a ser tratado neste trabalho é o papel do enfermeiro frente a prevenção do câncer de mama, a importância das consultas de enfermagem e esse primeiro acolhimento entre enfermeiro e paciente é muitas vezes decisivo para um diagnóstico precoce, a triagem promovida através das consultas de enfermagem pode indicar a necessidade de se fazer um exame clínico conhecido como mamografia que é o exame responsável por detectar nódulos nas mamas através do rastreio por imagem que é promovido por este exame.

O problema da pesquisa consiste em: Como a assistência de enfermagem poderá contribuir na prevenção do câncer de mama?

Diante disso, o objetivo central desse estudo é compreender o papel o enfermeiro na prevenção e combate ao câncer de mama, tendo em vista sua importância nesse processo. Os objetivos específicos são discutir conceitualmente sobre o câncer, descrever a importância do autoexame e apresentar o papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama.

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, onde optou-se pela busca em artigos nacionais e internacionais, publicados nos períodos de 2012 a 2021, disponíveis nas bases de dados do Google Acadêmico, Lilacs, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e BVS (Biblioteca Virtual Saúde).

Diante de tudo que foi exposto até aqui a temática é totalmente relevante levando em consideração os dados apresentados. Esse trabalho pretende de maneira informativa demonstrar os métodos preventivos contra o câncer de mama e assim proporcionar por meio da informação uma diminuição nesses dados de óbitos que só cresce. Serão tratados o conceito, os métodos preventivos e atuação do enfermeiro.

2. CONTEXTUALIZANDO O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma enfermidade que atinge um alto número de mulheres, resultando em comprometimento físico, emocional e social. Em virtude da sua grande taxa de incidência, é fundamental que suas formas de diagnóstico, sintomas e estratégias de tratamento sejam amplamen

te divulgadas na comunidade para que todas as pessoas participem, ao seu nível, no trabalho de promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento precoce. Neste aspecto, o papel desempenhado pelas equipes dos PSFs deve ser encarado como uma das principais estratégias de intervenção possíveis (BRASIL, 2013).

De acordo com Silva et al. (2019)

o termo câncer, descreve uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. Os cânceres matam pela invasão destrutiva de órgãos normais por extensão direta e disseminação para pontos distantes através do sangue, da linfa ou das superfícies serosas. Todos os cânceres invadem ou metastatizam, mas cada tipo específico tem características biológicas e clínicas singulares que precisam ser avaliadas para o apropriado diagnóstico, tratamento e estudo. (...) O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, como observado pelas múltiplas formas de apresentação clínica e morfológica, bem como pelas diferenças na pré e pós-menopausa, pelos diferentes graus de agressividade tumoral e pelo potencial metastático. A maioria dos tumores é monoclonal na origem, ou seja, o evento neoplásico ocorre em uma única célula que desenvolve expansão clonal. Durante esse crescimento se estabelece uma progressiva instabilidade genética, gerando uma alta taxa de mutações e resultando numa população tumoral heterogênea, multiclonal, que se expressa com diferenciações quanto ao potencial metastático, antigenicidade, receptores hormonais, quimiosensibilidade e outros (SILVA et al., 2019, p. 2).

Com respeito a relação entre incidência e faixa etária relacionada, pode-se afirmar que:

Menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com menos de 25 anos de idade. Entretanto, após os 30 anos de idade há um nítido aumento da incidência de câncer de mama. O histórico familiar constitui o fator de risco mais importante, entretanto, o risco não é significativamente aumentado em mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama após a menopausa, enquanto as mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama bilateral na pré-menopausa possuem um risco de 40 a 50%. Se a mãe ou irmã da paciente teve câncer de mama unilateral na pré-menopausa, seu

risco de desenvolver câncer de mama é de aproximadamente 30% (BEREK et al., 1998 apud SILVA et al, 2019, p. 5).

Informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que na década de 90, este foi o câncer mais frequente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre. Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se uma “variação percentual relativa de mais de 80 % em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2010” (INCA, 2010).

Segundo informações disponibilizadas por Silva (2019, p. 1) “no Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres”.

No Brasil, são esperados 49.400 novos casos em 2010, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, trata-se da maior causa de morte entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa entre 40 e 69 anos, com mais de 11 mil mortes/ano (2017). Isso porque na maioria dos casos a doença é diagnosticada em estádios avançados (CÂNCER, 2019, p.1).

Segundo Prevenindo (2019), o sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou caroço, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo menstrual e não muda de local quando apalpado. Vale lembrar que a maioria dos nódulos que aparecem na região mamária são tumores benignos, como por exemplo os cistos e os fibroadenomas, contudo só o médico poderá identificá-los e dar a orientação adequada. A grande preocupação, portanto, é com os tumores malignos, como o câncer de mama, que se desenvolvem sem provocar dor e por isso devem ser diagnosticados o mais precocemente possível a fim de possibilitar um tratamento curativo. No entanto, o INCA informa que o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (INCA, 2015).

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica, tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, se não tratado, pode ocorrer o óbito (BRASIL, 2006).

Os sinais e sintomas mais frequentes são: o aumento da sensibilidade ou dor em uma ou ambas as mamas, não estando em período menstrual; nódulos palpáveis (geralmente indolores); retração da pele; retração do mamilo; descarga papilar espontânea; descamação e erosão do mamilo e aréola e sinais inflamatórios da mama (DUCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Conforme destacado no Documento Consenso (2019), o diagnóstico prévio “reduz o estresse da mulher quanto ao conhecimento do procedimento cirúrgico a que será sub-

metida, otimiza o planejamento das atividades do centro cirúrgico, além de ser de custo inferior quando comparado a uma internação para biópsia cirúrgica convencional” (SILVA et al, 2019, p. 3).

De fato, se o câncer for detectado no início as chances de cura são maiores, visto ser possível implementar medidas para impedir a metástase, bem como os tratamentos são menos agressivos e mutilantes. Vale ressaltar que este estágio inicial pode durar meses ou anos e por este motivo, medidas preventivas como o autoexame e a visita anual ao médico são essenciais. De fato, o câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico desde que diagnosticado e tratado precocemente (GEBRIM, QUADROS, 2016).

No entanto, a experiência profissional mostra que, algumas mulheres ainda resistem em procurar uma unidade de saúde e um profissional competente a fim de realizar os exames necessários e esclarecer as dúvidas existentes. Entre os fatores que contribuem para este diagnóstico tardio destacam-se os seguintes: pobreza de sinais e sintomas do câncer em sua fase inicial, enfatizando-se a ausência de dor local; pouca ênfase que se dá ao autoexame e à mamografia de rotina; medo da mutilação acarretada pela mastectomia; desconhecimento das reais possibilidades de cura e do tratamento conservador; falta de acesso ou tempo prolongado de espera nas instituições públicas de saúde especializadas no tratamento do câncer e a dificuldade de se implementar programas voltados para o diagnóstico precoce (DIAS,2009).

O diagnóstico pode ser realizado através de exames clínicos ou de imagens como mamografia, ressonância ou ultrassom, porém estes não atestam se o tumor é maligno, apenas sugerem o diagnóstico. Somente a biópsia com exame anatomopatológico pode dar o diagnóstico de certeza. A este respeito, Berek et al. (2019) ponderam que uma massa mamária dominante deve ser considerada um possível carcinoma, e a biópsia é essencial para o diagnóstico. Cerca de 30 a 40% das lesões clinicamente consideradas malignas serão benignas ao exame histológico. Inversamente 20 a 25% das lesões clinicamente benignas mostrar-se-ão malignas na biópsia.

Nos casos em que a cirurgia se faz necessária, são removidos o tumor, a mama ou parte dela e em alguns procedimentos os gânglios linfáticos, uma vez que pela ação de filtrarem a linfa que flui da mama para outras partes do corpo pode provocar o alastramento do câncer (DIAS,2009).

De acordo com Carvalho et al. (2016) os tipos mais comuns de cirurgia são: tumorectomia: é aplicada nos casos de tumores mínimos. Nesta modalidade de cirurgia apenas o tumor é removido e por medida de prevenção os gânglios linfáticos das axilas também podem ser retirados; quadrantectomia: nestes casos parte da mama é preservada, sendo retirados apenas o tumor, uma parte do tecido normal que o envolve e o tecido que recobre o peito abaixo do tumor. mastectomia simples ou total: nestes casos a mama é retirada, podendo também remover os gânglios linfáticos mais próximos. A pele da mama pode ser mantida, uma vez que auxiliará na reconstrução plástica; mastectomia radical modificada: nesta cirurgia ocorre a retirada da mama, dos gânglios linfáticos das axilas e o tecido que reveste os músculos peitorais.

As estratégias de detecção precoce de câncer visam ao diagnóstico de casos de câncer em fase inicial de sua história natural, podendo ter como resultado melhor prognósti-

co, menor morbidade associada ao tratamento e maior percentual de cura. O diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos em que predomina a apresentação do câncer de mama em fase avançada (BRASIL, 2013).

A prevenção e controle do câncer de mama estão relacionados com a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A prevenção primária do câncer de mama está diretamente relacionada ao controle dos fatores de risco, principalmente àqueles referentes ao estilo de vida, controle da obesidade, sedentarismo, alimentação gordurosa e ingestão alcoólica em excesso (GUERRA et al., 2017).

A prevenção secundária prevê a realização de ações que abrangem o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama (BUSHATSKY et al., 2014).

A realização de mamografia pelas mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos com periodicidade bianual é a principal estratégia de rastreio do câncer de mama no Brasil (TIEZZI et al., 2019).

As ações recomendadas pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico precoce são relacionadas à implementação de estratégias de conscientização da população e sociedade, identificação pelos profissionais de saúde principalmente da Atenção Primária de sinais e sintomas considerados de urgência para encaminhamento a serviços de diagnóstico e confirmação diagnóstica em um mesmo centro de referência (INCA, 2021).

O objetivo principal da prevenção terciária é reabilitar os doentes com patologias instaladas visando à recuperação ou a manutenção do equilíbrio funcional. São muitos os agravos que podem surgir após uma luta contra o câncer. Tanto a doença quanto o tratamento podem causar limitações motoras, sensitivas, dolorosas, cognitivas e psicológicas. A reabilitação possibilita um prolongamento da vida com melhor qualidade de vida (BRITO et al., 2012).

A prevenção quaternária visa proteger os pacientes da intervenção médica desnecessária e prevenir iatrogenias (NORMAN; TESSER, 2009).

3. IMPORTÂNCIA DO AUTOEXAME DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Cerca de 80% dos tumores nas mamas são descobertos pela própria mulher através da palpação e na maioria das vezes os mesmos já se encontram em um estágio avançado, o que dificulta o tratamento. O ideal é que os tumores sejam descobertos enquanto medem de 1 a 3 centímetros de diâmetro, de forma que a doença possa ser tratada ainda em fase inicial (INCA, 2002).

O autoexame das mamas é recomendado desde 1930 e foi introduzido em 1950 nas políticas de saúde pública norte-americanas. O autoexame é muito importante, pois, em 90% dos casos, é a própria mulher que descobre as alterações em sua mama. Tem como principal objetivo fazer com que a mulher conheça as suas mamas de forma detalhada,

isto facilita a detecção das alterações (benigna ou maligna) ou até mesmo secreções e mudanças na cor da pele. A estratégia de se autoexaminar pode contribuir para que haja a detecção precoce e conseqüentemente da redução do estágio do câncer (THULER, 2003).

É óbvio que o autoexame por si só não previne o câncer, mas é um eficiente método que auxilia no diagnóstico do carcinoma precocemente. Diante disso, é importante ressaltar a importância do diagnóstico precoce e a orientação da população feminina sobre as mudanças que o corpo sinaliza, pois quanto mais cedo a busca pelo tratamento, maior a chance de cura, o que conseqüentemente diminui a taxa de mortalidade advindas desse câncer (GÓI JUNIOR; POLTRONIERI; XAVIER, 2012).

Quanto ao autoexame, Carvalho et al. (2016) ressaltam alguns pormenores essenciais ao realizá-lo, a saber: "procurar por deformações ou alterações no tamanho das mamas, aumento ou contração, ferida ao redor do mamilo, caroços nas mamas ou axilas, secreções nos mamilos." A essencial motivação quanto a realização do autoexame pela paciente é evidenciada nos índices apontados por Duncan et al. (2014) ao informar que "90% dos nódulos de mama são encontrados pela própria paciente.

Portanto, parece óbvio que as mulheres sejam motivadas a examinar suas mamas em intervalos regulares e ensinadas a detectar alterações significativas. "O exame detalhado é imprescindível para a formulação adequada das hipóteses diagnósticas. Uma anormalidade de mama visual ou palpável não pode ser tratada se não for primeiramente diagnosticada" (SILVA et al. 2019, p. 4).

Desta forma, todas as mulheres devem ser estimuladas e conscientizadas a realizar o autoexame periódico. As mulheres devem ser empoderadas desta capacidade de realizarem o autoexame e desenvolverem corretamente a técnica apropriada. É importante a periodicidade para a realização do autoexame. Por este motivo ele deve ser realizado uma semana após o fluxo menstrual, ou numa data específica para o caso das mulheres que não menstruam. Nestes casos, o dia do mês correspondente ao aniversário pode ser uma alternativa eficaz (DIAS, 2009).

4. PAPEL DO ENFERMEIRO

A atuação do enfermeiro para lidar com o câncer de mama ocorre na atenção primária, secundária e no âmbito hospitalar, já que nos postos de saúde pública e nas visitas domiciliares é imprescindível o contato das pessoas com tais profissionais, para a avaliação de parâmetros superficiais da qualidade de vida das pessoas que visitam ou são visitadas (GONÇALVES; FARIA; PRADO, 2019).

A atuação do enfermeiro para a detecção precoce do câncer de mama na APS é fundamental para estimular a adesão da mulher, incluindo ações de promoção à saúde e até de tratamento e reabilitação, devendo ser aproveitadas as oportunidades em todos os atendimentos feitos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que pode potencializar seu papel de agente de mudanças, cuja ação guarda estreita proximidade com as usuárias (OLIVEIRA et.al., 2020).



Destacam-se, como atribuições do enfermeiro no controle do câncer de mama: realizar consulta de enfermagem; o ECM de acordo com a faixa etária e quadro clínico; examinar e avaliar sinais e sintomas relacionados à neoplasia; solicitar e avaliar exames de acordo com os protocolos locais; encaminhar e acompanhar nos serviços de referência para diagnóstico e/ou tratamento; realizar e participar das atividades de educação permanente (GRITTEM et.al, 2016).

A atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde em relação ao câncer de mama, deve ser feita de forma interdisciplinar, e incluir informações sobre formas de detecção da doença precocemente, importância da atividade física, malefícios causados por consumo excessivo de bebida alcoólica e fumo, principais tratamentos das mesmas, entre outras com o objetivo de promover a saúde das pessoas e prevenir o câncer e outras doenças (OLIVEIRA et.al., 2020).

Também, o enfermeiro pode ajudar as mulheres com câncer de sua área de abrangência na orientação de horários e formas de administração dos medicamentos e até mesmo o controle dos exames periódicos recomendados durante o tratamento. Com isso, a responsabilidade do profissional em questão abrange a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, individual, coletiva ou comunitária, sendo necessária sua preparação para atividades na área assistencial da saúde, administrativa e gerencial (ARAUJO et.al, 2020; GRITTEM et.al., 2016).

É importante enfatizar que o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família, grupos sociais e da comunidade, a sua ação deve ser integral e participativa, na sua rotina de trabalho, deve estar voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer (GRITTEM et.al, 2016).

Dessa forma, o enfermeiro precisa estar capacitado em teoria e prática para orientar também sobre as opções de tratamento e sintomas, assim como as dificuldades emocionais, e para cuidar, como realizar curativos, auxiliar com drenos, entre outros. Deve-se lembrar que o enfermeiro também precisa ser cuidado. Sabendo-se que as chances de cura para pacientes já em estado avançado do câncer são pequenas, o profissional de enfermagem deve obter preparação emocional suficiente para suportar e assistir ao sofrimento do paciente e dos familiares, como a dificuldade das mulheres em lidar com a mastectomia, que afeta sua feminilidade, sensualidade e maternidade, tão importantes para toda mulher (ARAUJO et.al, 2020).

No tratamento, a atuação do enfermeiro pode ocorrer no pré-operatório e também no pós-operatório, acompanhando o processo do paciente desde o início quando se obtém o diagnóstico, até o final do tratamento quando recomendada a remoção da mama. Então, no pré-operatório, o enfermeiro pode ajudar a mulher e à família a enfrentar a doença, quais os possíveis tratamentos, como cuidar de seu próprio corpo, quais os hábitos que devem ser mudados para melhorar a qualidade de vida, são algumas ações sugeridas (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; GUTIÉRREZ et al., 2007).

Os tratamentos que consistem na remoção da ou das mamas, a radioterapia e a quimioterapia são os mais complexos. O papel do profissional de enfermagem deve ser o

de um acompanhamento próximo com o objetivo de dar as informações que a paciente precisa, estimulá-la a fazer suas atividades normais e enfrentar o problema. E continua a acompanhar pós-tratamento a fim de evitar a reincidência (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

O(a) enfermeiro(a) é presença indispensável na equipe multiprofissional, por estabelecer com a mulher acometida pelo câncer de mama uma assistência de enfermagem que proporciona cuidados que por sua vez, atende às expectativas e suas necessidades, assegurando conforto físico, emocional ao paciente e sua família, que consiste em permitir a todos verbalizar seus sentimentos e valorizá-los, identificar áreas potencialmente problemáticas, auxiliar a identificar e mobilizar fontes de ajuda (OLIVEIRA et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama tornou-se uma realidade em nossa sociedade, tendo em vista, que este é um grande causador de mortalidade feminina na contemporaneidade. À vista disso, este tipo de câncer atinge um número maior de mulheres acima de 35 anos.

Nesta revisão, foi possível identificar que o câncer de mama tem incidência e prevalência relevantes na sociedade brasileira e mundial. Essa realidade fez aumentar as cirurgias, como, por exemplo, a mastectomia.

Há diversidade de tratamentos e as mulheres enfrentam muitas dificuldades, gerando uma mudança em sua qualidade de vida. Um dos motivos para essa mudança é o sentimento que a mulher tem de estar mutilada. A mama, para as mulheres, está envolvida com a feminilidade, sexualidade e autoimagem. Alterações que ocorrem em qualquer desses fatores podem causar traumas físicos, emocionais e sociais.

A agressividade que o câncer de mama tem sobre a vida social, física e psíquica da mulher, ocasiona diversos sentimentos confusos imbricados ao medo, angústia, ansiedade, dentre outros. No momento do diagnóstico e no tratamento, a mulher encontra-se em situação de vulnerabilidade, uma vez que a descoberta e o processo de cura são cansativo, doloroso e muitas vezes invasivo.

Nesse sentido, é necessário que haja ações e estratégias por parte das unidades de saúde em conformidade com as competências teórico-metodológicas dos profissionais da enfermagem, em enfatizar de forma continua a importância dos exames de prevenção, como por exemplo, a mamografia e o toque.

A prevenção ainda é o melhor caminho para se obter menos casos de câncer de mama no Brasil, tendo em vista que esta doença ocasiona inúmeras problemáticas na vida da acamada. Essas transformações podem gerar depressão, ansiedade generalizada e dúvidas frequentes sobre o processo do câncer.

Assim, a presença dos profissionais da enfermagem é imprescindível para orientar,



acalmar, cuidar, estabelecer uma relação entre paciente e profissional, a fim de corroborar para um tratamento menos doloroso e conturbado. O agir profissional destes, deve ser humanizado, priorizando as particularidades da paciente, bem como instruindo-a sobre a doença e orientando a família sobre os cuidados e desdobramentos que o câncer de mama impõe.

Referências

- ARAÚJO, L. M. A et al. A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, [07 telas], 2020.
- BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A. Novak. **Tratado de Ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Secretaria de Políticas de Saúde, nov.- dez., 2008.
- BRASIL. Lei Nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Regulamenta sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer". Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12802.htm. Acesso em 20 de junho de 2021.
- DIAS, Miguel Nei Santiago. **O enfrentamento da problemática do câncer de mama n estratégia de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso. Minas Gerais, 2009.
- DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. . **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. xvii, 1600p.
- GEBRIM, L.H.; QUADROS, L.G.A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil - Breast cancer screening in Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.28, n.6, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: . Acesso em 15/05/2022 16:55.
- GÓI JÚNIOR, C.J; POLTRONIERI, L.R; XAVIER, N.L. Frequência do autoexame das mamas em amostra populacional de Xangri-lá RS. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v.32, nº2, p.182-187.2012.
- GONÇALVES, Amanda Pavanelli; FARIA, Regiane Reche Melfa; PRADO, Cláudia. O profissional de enfermagem no cuidado da dor de pacientes oncológicos. **Nursing** (São Paulo), p. 275-279, 2019.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F. & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. **Caderno de Saúde Pública**, 19(1), 197-204
- GRITTEM L, et al. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, 2016; 11(3):245-251.
- INCA. **Câncer de Mama**. 2014.
- INCA. **Câncer de mama: É preciso falar disso**. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **SISMAMA**: informações para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 9, p. 2012-20, 2009.
- SILVA, F. A..R. da & MAHAR, D. **Saúde e Previdência Social**: uma análise econômica. Rio de Janeiro: Ipea/ Inpes 2019.
- THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.
- VIEIRA, C. P., LOPES, M.H.B.M.; SHIMO, A.K.K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 41, n. 02, ano 07. Acesso em: 14/05/2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>.

CAPÍTULO 45

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

***THE IMPORTANCE OF NURSES IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE
EDUCATION OF ADOLESCENTS***

Ana Claudia Rodrigues Alves¹

Adeilson Nascimento Silva²

Evelyn Moreira Silva¹

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Leandro Rego Santos²

Naira Cristina França Melo¹

Neurubia Abreu Cardoso¹

Tamires Carvalho Sousa Rodrigues³

Thâmara Silva Ribeiro Ramos⁴

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

3 Pós Graduada em Enfermagem do Trabalho, Universidade Estácio de Sá, São Luís - Maranhão

4 Pós Graduada em Urgência e Emergência, Docente da Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

O presente estudo buscou compreender a importância do enfermeiro para a orientação sexual na adolescência, abordando a forma de acolhimento dentro das unidades de saúde e todos os processos que fazem parte do atendimento. A adolescência é considerada como um das etapas evolutivas mais complexas do ser humano, por se tratar de uma fase conflituosa onde é criada a estruturação da personalidade, nesse contexto está inserida a sexualidade que é considerada como uma forma de interação do seres, porém existe uma série de tabus a serem quebrados em relação a essa discussão. A inserção do enfermeiro como educador dentro do âmbito sexual, surge como uma alternativa que busca ajudar com que o adolescente compreenda a importância da prevenção no ato sexual. O objetivo geral deste estudo busca analisar a importância do enfermeiro como orientador da sexualidade na adolescência. A metodologia utilizada será uma revisão bibliográfica exploratória com expressão qualitativa baseada em referências bibliográficas extraídas de artigos científicos, livros e trabalhos publicados nos últimos anos. Conclui-se, portanto a importância do profissional da enfermagem para o amparo e o ensino da sexualidade na adolescência, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma vida sexual segura, prazerosa e saudável.

Palavras-chave: Sexualidade, Conflitos, Adolescência, Enfermagem, Assistencialismo.

Abstract

This study sought to understand the importance of nurses for sexual orientation in adolescence, addressing the form of reception within health units and all the processes that are part of care. Adolescence is considered as one of the most complex evolutionary stages of the human being, because it is a conflictive phase where the structuring of the personality is created, in this context sexuality is inserted, which is considered as a form of interaction of beings, however there is a series of taboos to be broken in relation to this discussion. The insertion of the nurse as an educator within the sexual sphere appears as an alternative that seeks to help the adolescent understand the importance of prevention in the sexual act. The general objective of this study seeks to analyze the importance of the nurse as a sexuality advisor in adolescence. The methodology used will be an exploratory bibliographic review with qualitative expression based on bibliographic references extracted from scientific articles, books and works published in recent years. It is concluded, therefore, the importance of the nursing professional for the protection and teaching of sexuality in adolescence, thus contributing to the development of a safe, pleasant and healthy sex life.

Key-words: Sexuality, Conflicts, Adolescence, Nursing, Assistentialism.

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma das fases do desenvolvimento mais complicadas, isso porque ela é o processo de “amadurecer para ser adulto”, o que engloba diversos conflitos que afetam o psicológico do adolescente. A definição da adolescência é dada como o período do desenvolvimento e do crescimento, onde se inicia a puberdade e maturação da criança. Essa transformação é um dos períodos da vida em que se iniciam as modificações físicas do corpo, o que faz com que o desenvolvimento dos órgãos sexuais e a capacidade de reprodução sejam vividos pelo adolescente.

A sexualidade é uma das manifestações mais relevantes durante a adolescência. Isso ocorre porque é a fase das grandes descobertas afetivas do outro e da criação de laços sentimentais mais intensos. O processo de despertar para a sexualidade está cada vez mais precoce. Por conta disso o jovem está se tornando sexualmente ativo cada vez mais cedo. Porém a iniciação da vida sexual cada vez mais precoce é coligada a vulnerabilidade e aos riscos que podem ter consequências indesejadas, como uma gravidez precoce e as doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS.

O desenvolvimento deste trabalho busca uma revisão bibliográfica sobre a importância do enfermeiro para a sexualidade na adolescência, onde serão identificados e abordados todo o contexto histórico que busca conhecer as situações de risco que a falta de orientação sexual traz para adolescência, assim como a prestação de serviço da saúde. Nesse contexto nasce uma problemática a ser analisada: qual o papel do enfermeiro na educação sexual dos adolescentes?

O objetivo geral deste estudo busca analisar a importância do enfermeiro como orientador da sexualidade na adolescência. Já os objetivos secundários buscam: contextualizar os aspectos históricos da gravidez na adolescência, evidenciar a importância da educação sexual nessa fase e explicar a importância do trabalho do enfermeiro para a sexualidade na adolescência.

A respeito dos materiais online, como critério de exclusão serão descartados aqueles que não tiverem pertinência com o objeto do estudo, os que foram publicados nos últimos 10 anos e os que em seu resumo apresentarem uma abordagem diferente da proposta principal do artigo, onde a finalidade é compreender o processo de desenvolvimento da pesquisa em questão.

Para elaboração deste trabalho será feita uma pesquisa bibliográfica baseada nas obras dos autores Bocardi (2003), Gomes (2006), Bueno (2017), entre outros citados no decorrer do desenvolvimento. Será realizado também o levantamento de informações sobre esta temática em artigos, livros, revistas e relatórios periódicos. Sobre os materiais impressos, serão observados os sumários para sinalizar que tratam do assunto em questão. Para ambos, os descritores procurados serão: “Gravidez na adolescência”, “Adolescência”, “Sexualidade”, “Saúde”, “Profissional de Enfermagem”.



2. A GRAVIDES NA ADOLESCÊNCIA

Nos últimos anos, todo o contexto que compõe a vulnerabilidade de crianças e adolescentes tem ganhado cada vez mais efeito de importância, tanto na composição do bem-estar social, como no desenvolvimento de ferramentas que combatam tal questão social, tendo no estudo das interações sociais papel de destaque. O processo de vulnerabilidade a que a sociedade e principalmente os adolescentes são impostos, surge como uma das principais questões sociais da atualidade visto, os efeitos nocivos causados e toda sua influência dentro da cultura de um povo (BACELAR et al., 2017).

Seguindo esse pensamento, Braga et al. (2014) definem a vulnerabilidade, é um movimento a considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, propõe-se que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como lócus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (GROFF, 2015).

Desta forma, a vulnerabilidade possui ligação direta com o contexto social vivenciado pelo adolescente ou indivíduo em sociedade, incorporando assim, as relações sociais empregadas e recursos dispostos, que podem influenciar diretamente em todo processo de resolução de tal questão. A vulnerabilidade acaba por se tornar um dos principais pontos a serem trabalhados, tendo dentro do comportamento dos indivíduos ponto de destaque, visto que, deverão desenvolver ferramentas que os auxiliem no combate de tal questão (CABRAL; BRADÃO, 2020).

Os aspectos cognitivos surgem neste âmbito como fator de destaque e essencial na formulação de ações por parte dos indivíduos, pois nos introduz mesmos, uma maior capacidade de os indivíduos processarem informações e assim, perceber tudo ao seu redor, fator esse de grande importância na adolescência e em um desenvolvimento social cada vez mais saudável. Neste contexto, podem ser incluídos os aspectos cognitivos, ou seja, a capacidade do indivíduo em processar informações, por exemplo, sobre DST/AIDS, sexualidade, prevenção e os aspectos comportamentais que dizem respeito à possibilidade de transformar informações processadas em comportamentos, fator esse de extrema importância, visto que, o adolescente mesmo em um estado de vulnerabilidade, torna-se capaz de desenvolver ferramentas que o auxiliem dentro do contexto social (PESSALACIA, 2010).

A vulnerabilidade a que os adolescentes estão expostos acaba por se tornar um problema social de amplitudes imensuráveis, influenciando não apenas no presente hoje percebido, mas também, no futuro a ser construído, sendo fundamental que os mesmos construam ferramentas de ação que os auxiliem no combate de tal questão, como também, os preparem para o futuro (SOUZA, 2014).

Pontos esses, de grande relevância e de papel fundamental, dentro do processo de formação da sociedade e assim, na construção da cultura e forma de viver de um povo. Voltando-se neste contexto, a vulnerabilidade e todo o contexto formador da adolescência, têm-se vários fatores estimulantes e vistos como de alto grau de risco, quando se fala do desenvolvimento social e ampla vida social. O enfoque de risco, em particular, na adolescência aparece fortemente associado a repertórios expressos por: gravidez não planejada, aborto, risco ao contrair o HIV, risco de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas, risco de morte frente à violência, dentre outros. Todos com papel de influência no desenvolvimento social dos mesmos (BUENO, 2017).

Tais riscos surgem assim, como pontos de vulnerabilidade aos adolescentes, introduzindo na vida social dos mesmos, questões negativas em um período da vida marcada por transformações e incertezas. Deve ser lembrado, que hoje é de essencial função, entender todo o contexto sociocultural hoje produzido, como também, a realidade presenciada pelos adolescentes e principalmente, a cultura empregada, pontos esses de relevância quando se procura entender a vulnerabilidade e suas causas. Os principais causadores da vulnerabilidade durante a adolescência e assim fomentadores de tal situação, como destacado por os seguintes: relações de gênero, cruzadas com raça/etnia e classe social; condições de vida; condições de saúde; acesso ou não a informações; insuficiência de políticas públicas em saúde e educação e outros (LIMA et al., 2017).

As relações de gênero são vistas como fator chave no contexto de vulnerabilidade, visto, os abismos sociais criados e a diferenciação de raça e etnia que acaba sendo instituído, separando grupos sociais e assim, limitando grupos e interferindo o acesso dos mesmos a vários fatores sociais que de certa forma, serviriam no seu desenvolvimento dentro da sociedade. Outros fatores de grande importância são as condições de vida e saúde, pontos pertinentes quando se fala da vulnerabilidade dos adolescentes no meio social, tais fatores, tem na qualidade de vida e nas condições financeiras pontos que podem influenciar no desenvolvimento do adolescente e assim, torná-lo vulnerável a ações destruidoras do meio social (BARCELAR et al., 2017).

Chega-se então, ao último, mas não menos importante ponto a ser trabalhado, que é a insuficiência de políticas em saúde e educação. Tal ponto se destaca dentre as demais, visto seu papel amplo e capaz de influenciar a vida de todos seja adolescente ou adultos em estado de vulnerabilidade, pois tem amplitude extensa compreendendo toda a sociedade (SOUZA, 2014).

Deve ser atentado assim, a todos os fatores acima citados, vistos como influenciadores da vulnerabilidade e assim, fomentadores de tal questão social e que de certa forma, possui influência direta na construção da adolescência, período marcado por transformações e mudanças tão marcantes para a vida dos indivíduos. Torna-se importante trazer ao contexto de pesquisa trabalhado, que busca analisar a vulnerabilidade durante a adolescência e assim sua influência nesta fase da vida, dois fatores influenciadores e que como os outros citados anteriormente, pode levar a uma situação de vulnerabilidade social, estou falando da baixa autoestima e da autoestima elevada dos adolescentes (MARANHÃO; VIEIRA; MONTEIRO, 2012).

A adolescência, período da vida marcada pela efervescência de ideias, incertezas, mudanças e principalmente sentimentos, vivendo de maneira direta em uma gangorra de emoções, a autoestima e a baixa autoestima tornam-se duas questões preponderantes,



tendo influência direta na tomada de decisão, como também, na construção ou não de situações de vulnerabilidade. Um componente individual importante que liga a vulnerabilidade à adolescência é, muitas vezes, atribuído à baixa autoestima, relacionando-se ao fato de que o indivíduo deixa de perceber motivos para cuidar de si. Em outro aspecto, a maior vulnerabilidade pode estar relacionada com a autoestima elevada, com uma sensação de onipotência. Se o adolescente se sente invulnerável e onipotente, ele poderá adotar certas atitudes que criarão situações de exposição e risco, por exemplo, como o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas (situação associada também à baixa autoestima), consumo de drogas ilícitas e displicência nas práticas sexuais (MIURA et al., 2018).

Chega-se então, a um novo contexto de análise da vulnerabilidade e de sua relação com a adolescência, que é a relação entre a autoestima e a baixa autoestima dos indivíduos em sociedade, tendo na questão psicológica ponto de destaque. Deve ser levada em conta, dentro do estudo das informações trabalhadas, uma palavra chave e grande transformadora do adolescente quando se fala de vulnerabilidade e assim, de ações que possam colocar os mesmos em risco, a onipotência (BRASIL, 2007).

Quanto à onipotência do adolescente, pode-se concebê-la como um dos fatores que atrapalham diretamente no desenvolvimento social. O sentido de onipotência, tão característico desta fase, pode ser evidenciado baseado na justificativa corrente de que “isto não vai acontecer comigo”. Desta forma, por exemplo, o risco de adquirir DST ou engravidar, não é visto como uma consequência da atividade sexual não protegida, pois com eles isto não acontecerá, não havendo, portanto, justificativa para o uso da contracepção na adolescência (MOURA; GOMES, 2014).

Cria-se assim, um ambiente social pouco confiável, em que o adolescente se considera imune a tudo e de certa forma, deixando-se vulnerável às questões sociais, dentre elas: violência, preconceito, miséria, gravidez prematura, dentre outros. Outra questão bem forte quando se fala da vulnerabilidade na adolescência e todas suas problemáticas são a sexualidade e a maneira que a mesma é vista e tratada. No quadro cultural contemporâneo, as tendências, por um lado, estimulam a sexualidade precoce e, por outro, incentivam as resistências em educar, sensibilizar e oferecer os meios para evitar que tal atividade favoreça a gravidez não planejada e o contágio por DST, criando de certa forma, um ambiente instável em que o jovem em muitos momentos não sabe qual caminho seguir (PAIVA et al., 2020).

A gravidez na adolescência acaba por se tornar, um dos principais reflexos da vulnerabilidade social no período da adolescência, acarretando problemas que acompanharão o indivíduo por toda sua vida e assim, terá reflexos sociais, econômicos e psicológicos. Tal questão será trabalhada de maneira ampla no capítulo a seguir, buscando elucidar questões e principalmente, entender melhor todo o contexto ao redor da adolescência e da gravidez prematura (ROCHA, 2014).

Em um contexto amplo de análise, a gravidez na adolescência, é vista como um problema de saúde pública, influenciando nas mais variadas frentes e impactando em toda formação da sociedade, em sua cultura e na composição de ações e estratégias a serem empregadas pelo Estado. Com a gravidez na adolescência, ocorre de maneira direta, uma antecipação da maturidade biológica, implicando na formação de novas necessidades, responsabilidades e principalmente, influenciando na formação das famílias e assim, em sua composição (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

A maternidade no início da vida reprodutiva antecipa a maturidade biológica, e precipita momentos socialmente institucionalizados para a reprodução, com claras implicações para a constituição de família e a organização social dominante, influenciando na cultura produzida e nas dinâmicas sociais presenciadas por todos (TABORDA et al., 2014).

Percebe-se assim, todo impacto causado pela gravidez na adolescência no contexto social hoje produzido, criando uma nova realidade em que jovens deverão enfrentar questões novas e que demandam muita maturidade. Quando se fala em maturidade no contexto de análise dos jovens e adolescentes, percebe-se tal ponto, como uma das principais problemáticas a ser enfrentada, visto que, os mesmos não se encontram preparados para tanta responsabilidade, o que irá acarretar em muitos dos casos em abandono, aborto, na construção de famílias desestruturadas, dentre outras questões (SANTOS, 2010).

Existem vários fatores que são influenciadores da gravidez precoce, tendo no baixo nível escolar e socioeconômico fatores de grande relevância, devendo ser lembrado como principal fomentador desta questão social o início precoce da vida sexual, trazendo a vida do adolescente novas situações a serem enfrentadas. O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, podendo variar de país para país. Dentre a complexidade de fatores de risco para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos. Apesar de o fenômeno atingir e estar crescente em todas as classes sociais, ainda há uma forte influência na classe periférica.

3. AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS ADOLESCENTES NA GESTAÇÃO

A adolescência é um período conflituoso, onde ocorre o processo de transição da vida que é a passagem da puberdade para a vida adulta, nesse período existem inúmeras modificações biológicas, físicas, psicológicas e sociais em cada indivíduo. Nesse contexto a gravidez precoce surge como um sério problema na vida das adolescentes, já que existem inúmeras dificuldades durante o período da gestação, parto e do puerpério (MEYER, 2017).

Consta no Estatuto da Criança e do Adolescente na Lei nº 8069/90 que o adolescente é todo o indivíduo com idade entre 12 a 18 anos, já para a Organização Mundial da Saúde (OMS) esse período já envolve indivíduos com idade entre 11 a 19 anos. Esse período é responsável pelo processo de transição da infância para a fase adulta, onde ocorrem rápidas transformações como o crescimento acelerado, mudanças físicas e fisiológicas (ROCHA, 2014).

Na mulher essas mudanças costumam ser mais perceptíveis, isso porque ocorre o alargamento do quadril, maior disposição de gordura, surgimento dos pelos pubianos (e axilares), além do desenvolvimento mamário, menarca e início do ciclo menstrual. A capacidade reprodutiva nesse período passa por conflito quando a adolescente inicia suas relações sexuais, período este que necessita de uma certa atenção por parte dos pais. Ansiedade, incertezas, transtornos, isolamento, autoestima, amadurecimento mental, físico e mental são questionados sobre regras, valores, identidade, conflitos familiares e a preocupação com o grupo de amigos (FREITAS; MIRANDA, 2015).



Nesse período a gravidez pode ser vista como um verdadeiro abismo, isso porque a responsabilidade e as mudanças que ocorre no corpo da adolescente geram uma sequência de conflitos que geram sentimento de fragilidade, insegurança e ansiedade para a mãe. A gravidez é um período de transição biológica determinada, que é caracterizada por mudanças metabólicas complexas e por inúmeras perspectivas de mudanças dentro do papel social. Existe uma necessidade de novas adaptações e conhecimento sobre a identidade social (PAIVA et al., 2020).

A gravidez na adolescência é classificada como um problema de saúde pública e com isto exige uma série de programas de orientação, preparação e acompanhamento durante o estágio inicial da gravidez e após o parto. Existem inúmeros riscos durante o período de desenvolvimento da gestação tanto para a criança, quando para o bebê que se desenvolve de forma não planejada (MIURA et al., 2018).

O fato de a gravidez ser indesejada é o resultado da falta de informações sobre a sexualidade e os métodos contraceptivos, além da iniciação da vida sexual precoce o que torna a adolescente mais vulnerável. Com o passar dos anos notou-se que a escolaridade dessas adolescentes que praticam ato sexual, serve como instrução para a utilização de preservativos tanto na primeira relação, tanto quanto nas subseqüentes (MOURA; GOMES2014).

A repercussão negativa da gravidez precoce para as adolescentes são identificadas como problemas no desenvolvimento e crescimento de uma população. A grande problemática tem ligação direta com os recém-nascidos, além de ocasionar uma série de complicações no desenvolvimento dessas crianças (SOUZA, 2014).

A gravidez precoce traz consigo inúmeros efeitos negativos, como a perda de oportunidades educacionais, a perda de trabalho e a redução de uma perspectiva de vida feliz. Ocorrem também inúmeros efeitos psicológicos, que são associados a conflitos educacionais e emocionais que surgem durante o período da maternidade. Notou-se que ausência de apoio, o despreparo e o abandono por parte dos parceiros e da família geram uma série de problemas psico-afetivo sociais, onde grande parte das gestantes não possui base estrutural para criar de forma saudável seus filhos (DIAS; VASCONCELOS, 2012).

Existem diferentes dificuldades encontradas pelas adolescentes, isso dependerá de fatores sociais. As de baixa renda são onde o acolhimento é classificado como melhor, onde o apoio é essencial tendo assim uma rede de apoio. Por outro lado existem os pais que rejeitam as filhas, ocasionando possíveis aborços e até mesmo prostituição (FIGUEIRO, 2006).

A classe social de renda mais alta, possui alternativas como o aborto ou casamento. Independente das classes sociais é nítido que o sentimento de culpa das gestantes ocasiona uma série de conflitos inconscientes, ocasionados por conta da falta de obediência a leis sociais o que reflete no filho. Logo após o parto o primeiro conflito é compreender qual o significado daquela criança na sua vida, agregado a fatores econômicos, sociais e ao sentimento de solidão (BARCELAR et al., 2017).

Nesse contexto é necessário compreender que a gravidez na adolescência não é apenas um problema de meninas, mas sim um problema social que assola principalmente as

camadas sociais mais baixas. A ausência de comunicação e instrução sobre sexualidade apresenta um problema social que até era vista de maneira comum por muitos, mas que faz parte da sociedade desde os tempos mais remotos.

A realização do pré-natal representa um papel fundamental no processo de prevenção e detecção precoce de inúmeras patologias tanto maternas quando fetais, o que permite o desenvolvimento sustentável da saúde do bebê e reduz os riscos a gestante. Esse tipo de informação deve ser trocado por profissionais da saúde e por mulheres que estejam no período gestacional, como forma possibilitar um conhecimento que promova de forma sadia a gestação (COSTA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde a quantidade de mortes de recém-nascidos ocorre principalmente em famílias de classe popular baixam, onde grande parte das mães são adolescentes ou muito jovens para acompanhar o pré-natal. O fato de a mãe ser adolescente contribui para o adiamento de consultas e diagnósticos ligados gravidez o que ocasiona uma série de conflitos internos. Em casos mais graves a gravidez é escondida e a procura por orientação médica ocasiona até o aborto ou lesões graves para essas adolescentes (BRASIL, 2017).

Fatores culturais, econômicos e sociais contribuem para esse tipo de obstáculo, o que impede a realização de um pré-natal já que este passa a ser o único caminho que facilitaria a promoção da saúde de mãe e filho. O pré-natal diminui de forma significativa a morte prematura e garante a saúde de mães e filhos. Esse fator é considerado pelos profissionais de saúde preocupante a quantidade de mães que não fazem de forma correta o pré-natal e ocasionam complicações obstétricas e até mesmo toxemia gravídica. Isso ocorre principalmente por se tratar da primeira gestação, onde a ausência de acompanhamento por parte dos pais e familiares gera um desconforto e falta de preocupação com a gestação (COELHO, 2009).

O serviço de saúde fornece atendimento de forma gratuita para adolescentes em estado gestacional, onde são fornecidos: o cartão da gestante (onde deve ser identificada e preenchida todas as orientações da gestante), calendário de vacina (com as orientações necessárias), exames de rotina, agendamento de consultas médicas e as orientações necessárias para a participação nas atividades educativas educacionais. Todas essas instruções são passadas de forma gratuitas as adolescentes e podem servir como base para futuras gestações indesejadas (ARGENTI, 2018).

As vantagens do pré-natal são diversificadas, entre elas a identificação de doenças que estejam presentes no organismo da mãe e possam a vir a evoluir de forma silenciosa, como é o caso do diabetes, anemias, sífilis, doenças do coração e hipertensão arterial. O diagnóstico precoce permite efetivar medidas de tratamento que evitam prejuízos maiores a saúde da mulher, não somente no período da gestação, mas por toda vida (MEYER, 2017).

Detectar de forma precoce problemas fetais e de má formação do feto, permite que a paciente faça um tratamento intra-útero que proporcionará a criança uma vida normal. É fundamental que sejam avaliados todos os aspectos relativos à placenta, procurando um tratamento adequado e evitando assim o surgimento de hemorragias. A identificação precocemente a um pré-eclâmpsia que é ocasionada por conta da pressão arterial, que



pode ocasionar convulsões e até mesmo um coma. Esse tipo de patologia é considerado uma das principais causas de mortalidade no mundo (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

A preparação da mulher para a maternidade é composta por uma série de informações educativas, que devem ser iniciadas logo nos primeiros anos do processo de desenvolvimento da puberdade para a vida adulta. Onde é fundamental se criar hábitos de como tratar as manifestações físicas e emocionais que surgiram durante o período gestacional (SOUSA, 2014).

O pré-natal é considerado como um dos primeiros passos para parto e nascimento humanizado, onde se busca estabelecer uma relação sadia entre mãe e bebê, com a ajuda dos profissionais de saúde que contribuem para o processo de parturacão. Esse processo respeita os sentimentos, as emoções e a forma como a criança vai se inserir na vida da mãe (GROFF, 2015).

4. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR SEXUAL

O enfermeiro com o passar dos anos passou a atribuir seu trabalho ao atendimento a diversas áreas. Isso porque a enfermagem passou a ganhar uma evidência sobre as oportunidades que o profissional passa a vivenciar de forma diária. Entre essas competências está a prevenção e o ensino sobre a sexualidade se tornou umas das múltiplas funções que esse profissional tem sido inserido (LIMA et al., 2017).

A educação sexual necessita ser inserida desde cedo na formação das crianças e adolescentes, responsabilidade essa que cabe aos pais e deve ser complementada pela escola, assim como por profissionais da saúde. É fundamental que a equipe da unidade de saúde conheça a sexualidade e compreenda como executar atividades diante dos obstáculos que possam vir a surgir (ALTMANN, 2009).

A atual política voltada para atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente mostra como existe uma fragilidade em relação às ações voltadas para com o atendimento ao adolescente que necessita de orientação sexual. O sistema de saúde público evidencia um aumento exorbitante de gravidez na adolescência, assim como expansão para os casos de doenças sexualmente transmissíveis entre jovens (PAIVA et al., 2020).

Nesse contexto a educação sexual e a saúde do adolescente necessitam receber uma maior atenção, uma vez que é uma competência que não deve ser apenas dada ao profissional da saúde. O papel educativo do profissional da área da saúde, assim como a inserção de ações básicas são tarefas que devem ser acompanhadas pelos pais com consentimento do adolescente (BRASIL, 2009).

A percepção que o enfermeiro tem sobre o paciente, é fundamental para que seja determinado o tratamento correto, assim como a quantidades de cuidado que o profissional prestará ao paciente. O conhecimento específico na sobre a sexualidade e busca minimiza as chances de insucesso no acolhimento e aconselhamento para com o paciente. A enfermagem tem ligação direta com a promoção, manutenção e restauração da saúde, além da prevenção de doenças, assistência a pessoas no sentido de adaptação aos efei-

tos residuais de doenças. O contato com o enfermeiro em meio ao usuário do serviço de saúde é considerado como uma oportunidade de ensino (FARIAS, 2010).

É necessário ressaltar que a sexualidade e sua plenitude fazem parte da saúde e qualidade de vida do ser humano, porém é uma temática que ao longo dos anos vem se destacando, sobretudo durante a adolescência, período esse conflituoso e que contribui para o desenvolvimento físico e emocional. Para o profissional de enfermagem adentrar como educador sexual o mesmo necessita compreender como funciona essa metamorfose física e emocional a qual o adolescente é acometido. A sexualidade dá início ao processo de reprodução e as atividades sexuais (FERREIRA, 2003).

A educação sexual ganhou destaque em meio a uma série de problemas ligados ao sexo precoce, sem proteção contraceptiva e que resultou em gestações não planejadas. Essa problemática traz consigo a escassez de informações sobre o sexo e carrega consigo valores culturais e morais que poderiam ser esclarecidos de forma natural sem que houvesse tantos transtornos (FIGUEIREDO, 2012).

Para o profissional de enfermagem a educação sexual passa a ser um instrumento de socialização, que busca propagar o conhecimento sobre o funcionamento normal do corpo, assim como a contracepção e a reprodução. Essa abordagem necessita ser expostas em momentos apropriados onde se busca chamar atenção sobre como é importante a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a utilização de contraceptivos no ato sexual (HABIGZANG; KOLLER, 2012).

As equipes de saúde necessitam manter uma comunicação satisfatória, com trocas de informações sobre o estado dos pacientes e suas condições clínicas. As criações de um bom vínculo entre família e paciente contribuem de forma positiva para que o mesmo possa ser inserido na sociedade. Além disso, é fundamental que o profissional de enfermagem possua um conhecimento a respeito das formas como lidar com os problemas acarretados por conta da ausência de conhecimento sobre os problemas ligados a sexualidade (LA ROQUE, 2003).

As ações preventivas proporcionam ganhos à qualidade de vida e buscam a promoção global para o paciente. As ações preventivas propõem estratégias de intervenção aplicadas ao assistencialismo e a atenção com os pacientes. O envolvimento dos profissionais de enfermagem é fundamental para todos os níveis de promoção na atenção primária para o ensino da educação sexual (BRAGA et al., 2014).

5. CONCLUSÃO

A orientação sexual inclui todo o processo de formalidade que aborda sobre sexualidade ao longo da vida do ser humano. Esse processo pode ser repassado através da família, comunidade ou da escola. Contrariando o que se propagou ao longo dos anos o estudo da sexualidade não busca antecipar a iniciação sexual e muito menos contribuir para o índice de gravidez precoce ou abortos na adolescência. Trata-se de uma orientação educativa que busca ensinar o adolescente a compreender a importância do uso do preservativo para evitar consequências indesejadas.



A sexualidade quando aborda diversos assuntos que estão inseridos dentro do ambiente escolar, mas que precisam de um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para que assim sejam quebrados alguns tabus e preconceitos que se propagaram ao longo dos anos. É nítido que esse tema ainda ocasione uma série de dúvidas que surgem durante o processo da puberdade e se perpetuam durante toda a adolescência.

Nesse contexto de inserção de equipe multidisciplinar está inserido o profissional da enfermagem, onde este surge como agente norteador para a disseminação de conhecimento e orientação sexual. Por contas das inúmeras dificuldades que as crianças e os jovens sofrem no decorrer de seu desenvolvimento, é fundamental que estes conheçam as ações de prevenção e promoção da saúde que estimulem sua conscientização preventiva e contribua para o planejamento de sua vida.

Conclui-se, portanto que o presente trabalho alcançou o objetivo geral proposto que buscou analisar a importância do enfermeiro como orientador da sexualidade na adolescência. Dessa maneira, construiu-se toda uma estrutura de amparo e ensino a sexualidade para a criança e o adolescente dentro do ambiente familiar e escolar é fundamental para o desenvolvimento de uma vida sexual segura, prazerosa e saudável.

Referências

- ALTMANN, H. Educação sexual em uma escola: da reprodução à prevenção. **Cadernos de Pesquisa**, v.39, n.136, p.175-200, jan./abr. 2009.
- ARGENTI, P. C. **Sexualidade, educação sexual e gênero: uma análise destas temáticas nas produções de um programa de pós-graduação em educação sexual**. 2018. 80 p. Dissertação (Mestrado em Educação Sexual) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2018.
- BACELAR EB, et al. Fatores associados à síndrome hipertensiva específica da gestação em puérperas adolescentes e adultas jovens da região Nordeste do Brasil: análise múltipla em modelos hierárquicos. **Rev Bras de Saúde Materno Infantil**, 2017; 17(4): 683-691.
- BRAGA, I.F. et al. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 448-455, jul/set. 2014.
- BARROS, Carlos. **O corpo humano: programas de saúde**. 48 ed. Ática, São Paulo: 1996.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação / UNESCO. **Guia para a formação de profissionais de saúde e educação: saúde e prevenção nas escolas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
- BRASIL. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília, DF: editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular – BNCC**. Brasília, DF, 2017.
- BUENO, R. C. P. **A história da criação do papo jovem: um Projeto de educação sexual integrado ao currículo de uma escola de ensino fundamental e médio**. 2017. 130 p. Dissertação (Mestrado em Educação Sexual) - Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2017.
- CABRAL CS, BRANDÃO ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36(8): 1-5.
- COELHO, S.; PORTO, Y.F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115 p.

- COSTA, E. R. Da.; OLIVEIRA, K. E. De. A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. **Itinerarius Reflectionis**, Goiânia, v. 2, p. 1-17, 2011.
- DIAS, M. A. - VASCONCELLOS, Luciene. **A criança e o marketing: informações fundamentais para proteger as crianças dos apelos do marketing infantil** - São Paulo: Summus, 2012.
- FARIAS, Rejane de. **Gravidez entre 12 e 14 anos: repercussões na vida de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social**. Florianópolis, 265 p. 83 Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.
- FIGUEIRÓ, Mary Neide Dâmico. **Formação de Educadores Sexuais: Adiar não é Mais Possível**. Campinas, SP: Mercado de Letras; Londrina, PR: Eduel, 2006.
- FIGUEIREDO, N.M.A., **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 3 ed., São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.
- FREITAS, T. C. De.; MIRANDA, A. R. B. De. **Educação sexual na escola: uma experiência** do PIBID. In: Congresso nacional de iniciação científica - CONIC-SEMESP, 15. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2015, p. 1-4.
- GROFF, A. M. **Transição entre a infância e a adolescência: concepções de alunos, professores e pais sobre sexo e sexualidade**. 2015. 153 p. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.
- HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. **Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- LA ROQUE, J. **Esperando o bebê que vai nascer**. Rio de Janeiro: Rubio, 2003.
- LIMA, G.K.S. et al. Autocuidado de adolescentes no período puerperal: Aplicação da teoria de orem. **Revista de enfermagem UFPE** on line, Recife, v. 11, n. 10, p. 4217-4225, out. 2017.
- MARANHÃO T.A; VIEIRA TS; MONTEIRO CFS. Violência contra adolescentes grávidas: uma revisão integrativa. **Universitas: Ciências da Saúde**, v.10, n.1, p. 41-49, jan/jun. 2012.
- MEYER, F. **Análise do jogo "trilha da proteção" como auxiliar na diminuição da vulnerabilidade para a violência sexual infantil**. 2017. 117 p. Dissertação (Mestrado em Educação Sexual) - Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2017.
- MIURA PO, et al. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2018.
- MOURA, L.N.B; GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 853-863, mar. 2014.
- PAIVA AM, et al. **Fatores que propiciam a gravidez na adolescência em uma unidade de referência especializada materno infantil na região Norte do Brasil: um estudo piloto**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 49: 1-9.
- PESSALACIA, J. D. R. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioetikos**. Centro Universitário São Camilo, 2010; p. 423 - 430.
- ROCHA, P.A. **A prática dos grupos educativos por enfermeiros na Atenção Primária à saúde**. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de enfermagem - programa de pósgraduação; 2014.
- SANTOS, Elder Cerqueira. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. / **Psicologia em Estudo**. V. 15. n. 1. Maringá: 2010. P. 73-85.
- SOUZA, Jose Matias. **Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.
- TABORDA JA, et al. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet**, 2014; 22(1): 16-24.
- TRINDADE, Ruth França Cizino da. **Maternidade na Adolescência: entre o sonho e a realidade**. / Ruth França Cizino da Trindade. --- Maceió: EDUFAL, 2008.

CAPÍTULO 46

CUIDADOS PALIATIVOS: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES EM FASE TERMINAL DE CÂNCER

***PALLIATIVE CARE: HUMANIZED NURSING ASSISTANCE IN
PATIENTS IN THE TERMINAL STAGE OF CANCER***

Yuri Marques Castro¹

Andréia Meneses da Silva²

Luciana Coelho Carvalho Oliveira³

Wesley Carlos Coelho Vieira¹

1 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís – Maranhão

2 Enfermeira. Mestre em Biologia Parasitária pela Universidade Ceuma, São Luís – Maranhão

3 Enfermeira. Mestre em Administração Pública e Privada, Fucape Business School, Vitória - Espírito Santo

Resumo

O câncer é uma doença crônica e progressiva que causa dor física, sofrimento emocional e espiritual intensos. Essa doença quando diagnosticada em fase avançada, diminui a chance de sobrevivência do paciente e, com isso os cuidados paliativos vem crescendo nos últimos anos, sobretudo devido às demandas relacionadas com as doenças sem possibilidade de cura, como o câncer, e tem se tornado desafio para os enfermeiros diante de sua complexidade e peculiaridade. Objetivo: discutir a assistência de enfermagem humanizada aos pacientes em fase terminal de câncer. Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica e descritiva, onde foram selecionados documentos por via eletrônica, como artigos científicos, livros, teses e dissertações, obtidos no Google Acadêmico, na base de dados do Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os trabalhos utilizados foram publicados no período de 2010 a 2020, e tinham como inclusão falar da assistência humanizada de enfermagem a pacientes terminais de câncer. Resultados: Conclui-se que o paciente deve ter a sua autonomia e dignidade respeitadas e deve ser tratado de forma holística e humanizada. Observou-se ainda que a comunicação enfermeiro, paciente e família é de grande relevância no processo de cuidados a pacientes terminais em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Fase terminal. Cuidados paliativos. Câncer.

Abstract

Cancer is a chronic and progressive disease that causes intense physical pain, emotional and spiritual suffering. This disease, when diagnosed at an advanced stage, reduces the chance of patient survival and, with that, palliative care has been growing in recent years, mainly due to the demands related to diseases with no possibility of cure, such as cancer, and it has become a challenge for nurses in view of its complexity and peculiarity. Objective: to discuss humanized nursing care for terminally ill cancer patients. Methodology: This is a bibliographic and descriptive review, where documents were selected electronically, such as scientific articles, books, theses and dissertations, obtained from Google Scholar, from the Lilacs database (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and VHL (Virtual Health Library). The works used were published from 2010 to 2020, and included talking about humanized nursing care for terminal cancer patients. Results: It is concluded that the patient must have their autonomy and dignity respected and must be treated in a holistic and humanized way. It was also observed that nurse, patient and family communication is of great relevance in the process of caring for terminally ill patients in palliative care.

Key-words: Terminal phase. Palliative care. Cancer.



1. INTRODUÇÃO

Humanizar a assistência é uma preocupação da área da Enfermagem desde os tempos de Florence Nightingale. No Brasil, na década de 1970, Wanda de Aguiar Horta, a partir de suas experiências diárias com o ser humano, implantou um modelo de atendimento que possibilitou aos pacientes um tratamento que permite o autocuidado, sem se desprender do acompanhamento da enfermagem, instigando o profissional a discernir e assimilar o homem como um todo. Nesse cenário, não tem mais lugar a assistência exclusivamente técnico-científica e desassociado do saber ético e humanístico. Por isso, a importância das discussões sobre a humanização da assistência de enfermagem a pessoas em estado terminal de câncer. Fazer-se uma assistência humanizada é mostrar os valores que integram o ser humano como pessoa de forma ampla e íntegra.

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil, em razão de, principalmente, a sua dimensão, pluralidade, complexidade e relevância epidemiológica, social e econômica. Refere-se a uma doença ocasionada pelo crescimento celular irregular e pela tomada de tecidos e órgãos, contudo parte considerável dessa enfermidade pode ser precavida. O acometimento das pessoas por esta doença está associado não somente às predisposições hereditárias, e também ao seu estilo de vida. Com relação ao cuidado, especialmente com o paciente acometido por uma patologia em estágio avançado e sem probabilidade de cura, a atenção e o cuidado estão voltados em suas dificuldades e problemas, visto que o processo de morte é inevitável e o tempo de sobrevivência está limitado há dias, semanas ou meses.

A realização deste estudo tem em vista apresentar um parecer relevante sobre os aspectos que contribuem e dificultam a humanização da assistência de enfermagem em pacientes em fase terminal de câncer visto que, a assistência humanizada ao paciente com câncer consiste no emprego de atitudes que permitam a todos verbalizar e valorizar seus sentimentos, e identificar áreas potencialmente problemáticas. Além de, durante o tratamento oncológico permitir criar uma relação mais próxima e global do enfermeiro com o paciente, encontrando soluções para problemas que impactam negativamente na qualidade de vida. Além disso, propicia na alteração e desenvolvimento dos cuidados paliativos de forma mais humana, considerando o doente como um ser individualizado e de características próprias sejam elas físicas e/ou emocionais, e melhora a eficácia do tratamento utilizado.

O paciente sem possibilidade de cura exige da equipe de profissionais, sobretudo da Enfermagem, não só habilidade técnica para executar cuidados físicos, mas habilidade para o cuidado emocional pautada na ética e na humanização. O enfermeiro que cuida de paciente oncológico em fase terminal precisa se atentar no tempo de vida que ele tem. Este profissional ao prestar os cuidados paliativos a pessoa acometida por câncer, precisa apontar de maneira clara e objetiva ao paciente e sua família nos cuidados a serem fornecidos, com a finalidade de melhorar o bem-estar dos envolvidos. Os cuidados de enfermagem abrangem o fornecimento de alívio, amparo da vida, atendimento das necessidades físicas e emocionais.

2. METODOLOGIA

Este estudo, trata-se de uma pesquisa bibliográfica de estratégia qualitativa e caráter descritivo. Para produzir a parte do referencial teórico que dará rudimento as informações contidas neste documento, elaborado a partir de materiais já publicados em artigos periódicos obtidos pelos sites: Google Acadêmico, scielo (Scientific Electronic Library Online), banco de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, BVS) produzido entre os anos de 2010 até 2020, publicados em português, todos aprovados pelo comitê ética em pesquisa conforme a resolução 196/96. Na exclusão dos artigos se deu primeiramente por data anterior ao ano de 2010, como também assunto que propor-se apenas semelhança com o tema em evidência. Para inserção do acervo bibliográfico, levou em consideração o período de publicação de 2010 até 2020, além da apresentação do assunto foco desta pesquisa.

3. DISCUSSÃO E REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Dos Desafios

Desde o início do século XXI, um intenso movimento associado à humanização do cuidado (cuidados paliativos) tem rondado os debates na área de saúde. O Ministério da Saúde, em 2000, regulamentou o Programa Nacional de Humanização, que teve como objetivo principal o aperfeiçoamento das relações entre profissionais, usuários/profissionais e hospital/ comunidade, visando melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições e promover uma nova cultura de atendimento (SANTOS et al., 2013)

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. A literatura descreve que "humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral" (SANTOS et al., 2013, p.647).

Os cuidados paliativos (cuidado humanizado) formam uma abordagem de cuidado diferenciada, fixada em melhorar a qualidade de vida do paciente com doença avançada, com terminalidade, e dos seus familiares, por meio de avaliação e tratamento correto para o alívio da dor e dos sintomas. Trata-se de um apoio psicossocial e espiritual. Contudo, esses cuidados situam-se em processo de construção e, por essa razão, suas estratégias de ação, como, por exemplo, a comunicação, representam um verdadeiro desafio para as equipes de saúde, principalmente para a de enfermagem, cujos profissionais permanecem junto do leito do paciente, em tempo integral (FRANÇA et al., 2013).

Segundo Pinto et al. (2011) os cuidados paliativos não se definem por acelerar ou retardar a morte com práticas tecnológicas, tratamento caros e invasivos, mas de possibilitar a alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, respeitando a filosofia dos cuidados paliativos de valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural, proporcionando apoio a família durante o processo de doença e o processo de luto, com o objetivo de assegurar a qualidade de vida de ambos. Hoje, os cuidados paliativos montam um desafio para as instituições e profissionais de saúde, visto que integra a esses cuidados valores, crenças, práticas culturais e religiosas do paciente e seus familiares, pois o enfermeiro



tem que se tornar capaz de ver o mundo e ofertar suas competências e práticas fundamentais para assistir, cuja prioridade é dotar-se de habilidades profissionais para aliviar o sofrimento do enfermo em todas as suas formas.

No que diz respeito ao Brasil, Xavier et al. (2017) afirma que os cuidados paliativos têm se acrescido diante o reconhecimento de seu valor para pacientes em fase terminal de câncer, visto que pode propiciar o bem-estar. Nestes pacientes, a dor e o sofrimento são vistos como pertinentes ao quadro clínico, o que dificulta, muitas vezes, a participação ativa destes na tomada de decisão sobre seus cuidados no fim da vida. Portanto, mesmo que diversas vezes é negligenciada, é fundamental apoiar a família dos pacientes em terminalidade devido proximidade da perda, do sofrimento e do luto. Os profissionais de saúde, como enfermeiros, precisam respeitar a liberdade das pessoas em cuidados paliativos, considerando, a complexidade da situação.

Deste modo, os cuidados paliativos formam um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, determinados a melhorar a qualidade de vida do paciente em fase final de câncer e dos seus familiares, por meio de avaliação correta e de tratamento apropriado para o alívio da dor e dos sintomas resultante da fase avançada de uma doença, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual, em todos os estágios, desde o diagnóstico de uma doença incurável até o processo de luto da família (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Entre as doenças que acometem as pessoas que demandam de cuidados paliativos, pode-se citar o câncer, este é considerado um conjunto de mais de 100 doenças, na qual ocorre crescimento desordenado do quantitativo de células invasoras do organismo. Estas, por sua vez, se dividem e reproduzem de forma desordenada, formando tumores malignos, que podem ser bastante agressivos (XAVIER et al., 2017, p.1045).

O câncer é um problema de saúde pública mundial e, o Brasil não fica de fora, por conta de, principalmente, a sua dimensão, diversidade, dificuldade e magnitude epidemiológica, social e econômica. Refere-se a uma doença causada pelo crescimento celular irregular e pela invasão de tecidos e órgãos, sendo que parte significativa dessa enfermidade pode ser prevenida. O acometimento das pessoas por esta doença está vinculada não somente às predisposições hereditárias, mas também a seu estilo de vida (BRANDÃO et al., 2017).

De acordo com Hercos et al., (2014, p.52) "o Instituto Nacional de Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS) mantém uma base de dados sobre o número de registros de câncer no país. Esses dados indicam que eram esperados, para o ano de 2012/2013, aproximadamente 520 mil novos casos dessa patologia". São pessoas que são acometidas por essa enfermidade crônica, cujo cerca de dois terços progridem para óbito; mas, entre as chances que envolvem diagnóstico, tratamento, cura e óbito, essas pessoas irão precisar uma assistência especializada, por meses ou até anos, assistida de perto pelo profissional da saúde.

A Portaria nº 2.439 de 8 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, ressalta que o atendimento ao paciente com câncer deve ser ampliado, garantindo-se a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica. Os profissionais que

atuam diretamente junto a esses pacientes, devem ter acesso à educação permanente para qualificar a assistência para assegurar os pressupostos de integralidade e humanização do cuidado no Sistema Único de Saúde (HERCOS et al., 2014, p.54).

Ainda segundo Hercos et al. (2014) a qualidade da assistência oferecida aos pacientes oncológicos em estado crítico nas unidades pela equipe de enfermagem exige um planejamento de educação constante pelo enfermeiro, mas isso se torna mais difícil, porque o foco muitas vezes passa a ser o cumprimento de tarefas, de cunho literalmente quantitativo, sem maior esforço em debater o processo e a qualidade de trabalho.

De acordo com Brito e Carvalho (2016) “os profissionais de saúde não devem permitir que a doença continue a ser o objeto do saber reconhecido apenas cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e em que ela se desenvolve”. Levando em consideração que nos últimos anos o avanço tecnológico é uma grande conquista, associá-lo à humanização e a comunicação terapêutica entre membros da equipe de enfermagem, a fim de obter resultados mais satisfatório em relação ao bem-estar do paciente e da ciência, é o melhor caminho, alcançando mais facilmente o sucesso no trabalho atendendo as necessidades e os direitos do paciente, já que é da responsabilidade da equipe de enfermagem o cumprimento desses direitos.

A equipe de enfermagem tem grande relevância no cuidado, levando em consideração os aspectos que possam diminuir as consequências do sofrimento e propiciem o fornecimento de assistência humanizada, executando cuidados que vão além da técnica, tais como o provimento de vínculo, amizade, empatia e confiança, permitindo ao paciente a sensação de alívio ao processo percebendo toda a dimensão humana (ANACLETO et al., 2020)

A atuação dos profissionais de saúde nos cuidados paliativos pressupõe envolvimento de equipe multiprofissional, uma vez que esse modelo de atenção propõe a prestação de cuidados relacionados às dimensões: física, mental, espiritual e social das pessoas. O enfermeiro, em sua atuação profissional, pode ofertar condições favoráveis ao bem-estar do paciente fora de possibilidade de cura, assim como prover conforto, cuidados básicos e fisiopatológicos e dar atenção aos anseios, desejos e vontades dos pacientes (ANACLETO et al., 2020, p.247).

De acordo com Brandão et al. (2017, p.78) “a enfermagem, por este aspecto, necessita estar preparada e capacitada para desenvolver o cuidado humanizado que o paciente oncológico demanda, frente a isso[...]”. Tendo em vista que, nas unidades oncológicas e de cuidados paliativos, faz-se necessário a prática humanizada frente a pacientes em estado terminal de câncer e à vulnerabilidade psicológica do cliente e de sua família, uma vez que detentores de neoplasias malignas exijam uma assistência diferenciada, por portar a patologia em si, e o descrédito da doença, convivendo com o prognóstico incerto, o medo de morrer, a ansiedade e a depressão, e especialmente sua vontade de viver.

Em estudo realizado por Fernandes et al. (2013) foi coletado informações sobre Promoção de qualidade de vida através do alívio da dor e sofrimento com 9 enfermeiros atuantes em suas atividades laborais, que relataram as suas concepções acerca do que consideram cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Para este estudo, fez-



-se relevante mencionar apenas relato de três enfermeiros como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Relato dos enfermeiros

Enf 1	Os Cuidados Paliativos são cuidados que o profissional proporciona ao paciente sem perspectiva de cura [...] no caso do paciente com câncer terminal esse cuidado atende as necessidades do indivíduo para obter uma melhor qualidade de vida.
Enf 5	É uma filosofia de cuidar que se aplica a pacientes portadores de patologias crônicas que não tenha perspectiva de cura a fim de estabelecer melhor qualidade de vida ao doente aliviando suas dores e sofrimento.
Enf 7	São cuidados prestados que visam o conforto e bem-estar do paciente, minimizando os sintomas da patologia terminal melhorando a qualidade de vida [...]

Fonte: Elaboração do autor com base no estudo de Fernandes et. al., (2013).

Ao interpretar os dados do Quadro 1, nota-se que o entendimento dos enfermeiros vai de encontro a filosofia que tem os cuidados paliativos que busca oferecer o conforto e alívio necessário para diminuir o sofrimento e dor do cliente, proporcionando assim, qualidade de vida, fator indispensável para manter a dignidade na terminalidade da vida humana.

3.2. Da Importância

Hoje em dia no Brasil e no mundo, os problemas oncológicos tem grande impacto pelo seu perfil epidemiológico, em função a sua incidência e grande taxa de mortalidade, essa doença representa um problema de saúde pública, na qual serão necessárias para se ter o controle ações específicas para prevenção, como: diagnóstico e tratamento, com isso ter-se-á uma melhora da qualidade de vida em oncologia (COUTINHO; MAIA, 2020).

Em um de seus estudos Figueiredo et al. (2018), afirmam que o diagnóstico de câncer reverbera de modo importante na vida da pessoa e de sua família, principalmente quando a doença se apresenta em estágio avançado e com metástases, fora de possibilidade terapêutica de cura.

Segundo Moreira (2018), as doenças sem possibilidade de cura causam, desde o diagnóstico, mal-estar, suspeitas e vários sintomas. Compreende-se que o tratamento vem seguido de medo, vergonha, isolamento, dependência, cansaço e, às vezes, falsas esperanças. O cuidado paliativo é, tipicamente, objeto de ação na área oncológica, ainda que possa ser utilizado em qualquer situação de terminalidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, cuidados paliativos baseiam-se na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, mediante de uma patologia que ameaça a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (KOHLEK; CERCHIARO; LEVITES,

2016).

Segundo Andrade, Costa e Lopes (2013), os cuidados paliativos compõem um campo interdisciplinar de cuidados totais, ativos e integrais, designados a melhorar a qualidade de vida do paciente sem oportunidade de cura e dos seus familiares, por meio de avaliação correta e de tratamento adequados para o alívio da dor e dos sintomas decorrentes da fase avançada de uma doença, além de propiciar apoio psicossocial e espiritual, em todos os estágios, desde o diagnóstico de uma enfermidade incurável até o período de luto da família. Sendo assim, é evidente a valorização dos cuidados paliativos voltado ao paciente na terminalidade de vida, bem como de diversas estratégias de cuidar utilizadas nesta modalidade, dentre as quais destaca-se a comunicação.

Nesse contexto, a assistência de enfermagem deve olhar o paciente como ser único, usando as diversidades de comunicação para que o entenda e o ajude. Dessa forma, os enfermeiros que trabalham com pacientes sem possibilidade de cura visam a comunicação um recurso terapêutico relevante e eficaz. Por isso, eles precisam de preparo no processo comunicativo (MOREIRA, 2018).

Nesse sentido, Fernandes et al. (2013) o enfermeiro deve comunicar-se prontamente com o paciente, ouvindo-o sempre que possível, de maneira que possa ajudar a pessoa a falar os sentimentos que envolvem o processo de terminalidade e luto, para que se possa entender melhor a sua experiência. Tal pensamento evidencia que a comunicação é primordial para estabelecer uma assistência de qualidade promovendo, assim, uma morte digna.

O profissional deve respeitar as limitações dos pacientes, possibilitando autonomia para o desempenho de ações que acometem a vida; incentivar a capacidade do autocuidado; envolver o paciente e a família nas decisões e cuidados até a sua finitude; proporcionar condições de planejar e controlar sua vida e enfermidade; e finalmente, aliviar e fiscalizar os sintomas, especialmente a dor e o desconforto (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

Segundo Cunha e Rêgo (2015), afirmam que a prática de atender um paciente com dor oncológica é muito vasta e a sua avaliação é o ponto indispensável para o planejamento do cuidado, exigindo do profissional de enfermagem apoio educacional para o manejo e gerenciamento dessa sensação de dor.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que a dor é uma experiência sensorial e emocional ruim, associada a lesões reais ou potenciais. Deste modo, a dor é encarada como uma síndrome resultante da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da sua interação com as características individuais como o humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos.

De acordo com Cunha e Rêgo (2015), é imprescindível o despertar da enfermagem quanto à aquisição de conhecimento e treinamento, para que possa desempenhar seu papel de forma eficaz, conduzindo assim para o sucesso na administração da dor. Assim, o profissional de enfermagem deve estar propenso a cuidar de pessoas com comprometimentos emocionais, psicológicos e sociais, assim como suporte na adaptação dos limites decorrentes da evolução e/ou tratamento da patologia, priorizando uma as-



sistência de qualidade ao indivíduo, a família que esteja depois dos protocolos. Explicando aos familiares o alívio do sofrimento, visando o enfermo, e não na doença da pessoa, com isso desempenhando e revalorizando as relações interpessoais no processo morrer, com assistência efetiva, como: comunicação, empatia, toque terapêutico, vínculo, minimizando sobrecargas psicológica cliente/ profissional, entre outros (COUTINHO; MAIA, 2020).

. Para tanto, Figueiredo et al. (2018), afirmam que são criadas diferentes ações assistenciais pelos componentes das equipes dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária, quais sejam, a equipe de enfermagem, médica, nutrição, serviço social, psicologia, terapia ocupacional, dentre outras. O alvo das equipes de cuidados paliativos é a promoção da QV da pessoa, porém, em que se trata desta última, não há entendimentos sobre uma definição universal. Contudo, existe concordância sobre seu caráter multidimensional, subjetivo e individual inerentes tanto à saúde, envolvendo questões de ordem física, funcional, emocional e mental, quanto à elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família, amigos, e outras situações do dia a dia.

É verdade que, a partir do momento em que a cura deixa de ser possível, o cuidado paliativo torna-se primordial para o paciente terminal. Entre os objetivos deste tipo de cuidado está a promoção da qualidade de vida (QV), alívio da dor e de outros sintomas, inserção dos aspectos físico, psicológico e espiritual no cuidado desenvolvido por equipes interdisciplinares capacitadas; manejo de complicações clínicas, evitar procedimentos invasivos desnecessários, que não proporcionem melhoria da QV e suporte aos pacientes com o propósito de terem sobrevida o mais útil possível, de preferência, junto da família (BRANDÃO et al., 2017).

Nessa perspectiva Araujo e Linch (2011), explicam que a qualidade de vida, é um dos maiores objetivos dos cuidados paliativos. Visto que a função desse cuidado é o controle sintomático, não a cura, prolongamento ou abreviação da vida. É possibilitando ao paciente momentos especiais e merecidos nesse período, independente de sua duração. Qualidade de vida é um conceito vasto e multidimensional de uma subjetividade que não se limita a aspectos isolados, porém engloba um conjunto de fatores (físico, psicológico, sócio-econômico e espiritual) que afetam e interagem na sua condição de vida.

No que diz respeito à espiritualidade, Andrade et al. (2014), reitera que esta é uma estratégia, no campo dos cuidados paliativos, de extrema relevância para o paciente terminal, dado que o cuidado focado para a dimensão espiritual pode propiciar-lhe uma boa qualidade de vida. A espiritualidade pode ser definida e reconhecida como uma prática significativa e com propósito de vida e contribui para a saúde e a qualidade de vida de inúmeras pessoas.

Profissionais também utilizam dos meios de defesa espirituais para evitar o sofrimento ou sanar a angústia que esse tipo de trabalho desperta, dando força aos profissionais para continuar prestando assistência a esses pacientes em final de vida. Crenças religiosas podem ter um papel em dar suporte os pacientes e profissionais a construir o sentido de um sofrimento relacionado à doença, o que pode, por sua vez, facilitar a aceitação dessa circunstâncias (MULLER; SCORTEGAGNA; MOUSALLE, 2011).

Conforme é citado por Silva (2011), a espiritualidade faz parte da natureza humana,

devendo ser aplicada pela vivência e pelas descobertas individuais. A espiritualidade é diferente para cada indivíduo, podendo aparecer como propósito de vida, conexão com uma força/ um algo maior, autoconhecimento, entre outras formas. Os conceitos, e o que caracteriza o cuidado espiritual pelo enfermeiro, têm sido caracterizados como eventos da prática de enfermagem que devem ser determinados pelo olhar dos enfermeiros, dos pacientes e da família em diferentes cenários profissionais, principalmente nos cuidados paliativos. Isso porque o saber e o fazer de enfermagem ainda se encontram fortemente pautado pelo modelo biomédico, em que o atendimento à saúde do indivíduo se dá de forma fragmentada e voltada para a cura. O foco da enfermagem é, justamente, o ser humano, e este precisa ser cuidado dentro de uma visão importante, devendo ser considerado em sua totalidade “biopsicosócioespiritual”.

De acordo com Brandão et al. (2017), na formação de vários enfermeiros é notória a carência de disciplinas que abordem temas como de cuidados paliativos e morte. Para isto, é reconhecida a necessidade de reformular currículos na graduação, favorecendo ao futuro profissional com a implementação de ações eficazes ao cuidar de pacientes fora de possibilidades de cura. Logo, é fundamental ampliar as discussões sobre essas temáticas e aperfeiçoar o currículo dos cursos de graduação.

Sendo assim, é incontestável a valorização dos cuidados paliativos focado ao paciente terminal, visto que são considerados como uma abordagem diferenciada do cuidar. Isto porque tal conduta tem seu foco para o alívio das necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa, além de inclui a esses cuidados, as crenças valores, práticas culturais e religiosas do paciente e de seus familiares, usando diversas estratégias, como a comunicação, musicoterapia, farmacologia, espiritualidade, dentre outras (ANDRADE et al., 2014).

Os cuidados paliativos ofertam o alívio da dor e de outros sintomas, envolvendo diferentes formas de cuidar, promovendo apoio para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível e ajudando a família e cuidadores no processo de luto. A atenção paliativa engloba tanto a pessoa que está morrendo como aqueles que lhe são próximos, ou seja, familiares e cuidadores. O desafio provocado pelo luto é vivenciar a morte em vida. Pessoas com vínculos afetivos próximos sentem como se uma parte delas morresse; em alguns casos cria-se um vazio em seu interior que pode ser suportável, porém, irreversível (FERNANDES et al., 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreciação do estudo propiciou entender de forma abrangente a relevância dos cuidados paliativos fornecidos pela enfermagem aos pacientes em fase terminal. Visto que o cuidado adequado é direcionado ao paciente em sua integralidade, e não, apenas, em sua enfermidade. Assim, o enfermo e a família conseguirão estar acolhidos, assistida, confortada e corretamente acompanhada pelo enfermeiro, além de uma equipe multidisciplinar com a cooperação de diversos profissionais de saúde colaborando por meio de suas habilidades e condutas direcionada a este tipo de paciente com ênfase em seu bem estar. Os cuidados paliativos ofertados pelo enfermeiro ao paciente oncológico criam uma explosão de sentimentos através situações que estão relacionadas ao tratamento, tanto



quanto ao paciente quanto para a família e o profissional de saúde incluído no cuidado.

É indiscutível que muitos padrões necessitam ser revistos em nossa prática assistencial, alguns começam da deficiência institucional das faculdades de enfermagem, que não focalizam com mais precisão uma disciplina específica para os cuidados paliativos, perda e luto, tal como o acolhimento à família mediante de um momento tão complicado que é o encarar a doença e conseqüentemente a terminalidade. A morte está presente em nosso dia a dia, por isso, é preciso entendê-la em todas as fases da vida. O profissional de enfermagem ao lidar com situações de sofrimento, pode ser impactado por conta do envolvimento emocional com o paciente, levando pra si vários sentimentos oriundos da assistência prestada, utilizando como meio de apoio a religiosidade, para manter equilíbrio emocional e transmitir para o paciente e seus familiares, segurança, confiança e fé durante a assistência, sendo o cuidado técnico a essência do tratamento.

Conclui-se que a humanização, o apoio, o conforto, a ajuda e o sentimento prestado tanto pelo enfermeiro, quanto pela família, são fundamentais durante a realização de cuidados paliativos, orienta-se que o profissional de enfermagem acolha sempre bem o paciente, esteja apto para lidar com essa vivência e tenha uma visão totalitária do paciente, tendo em vista todas as instâncias acometidas, possibilitando aos pacientes oncológicos um tratamento menos doloroso, e mais respeitável. A enfermagem precisa aperfeiçoar-se e empenhar-se em seu papel de cuidador para que possa entender melhor a demanda de cada um, e assim se envolver com mais efetividade no que diz respeito aos cuidados, especialmente no controle do sofrimento físico, emocional, espiritual e social. Assim, o diálogo e o convívio é o caminho para esse entendimento. A comunicação é sem dúvida um fator relevante e necessário na assistência à saúde, especialmente quando se trata de cuidados paliativos.

Referências

- ANACLETO G, CECCHETTO FH, RIEGEL F. Cuidado de enfermagem humanizado ao paciente oncológico: revisão integrativa. **RevEnferm Contemp**. 2020;9(2):246-254.
- ANDRADE, C. G. de; ALVES, A. M. P. de M.; COSTA, S. F. G. da; SANTOS, F. S. CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE EM FASE TERMINAL. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 28, n. 2, 2014. DOI: 10.18471/rbe.v28i2.9034.
- ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, set.2013.
- ARAUJO, Daiana de; LINCH, Graciele Fernanda da Costa; CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Mai/Ago;1(2):238-245. 2011.
- BRANDÃO, M. C. P.; ANJOS, KARLA F. DOS; SAMPAIO, K. C. P.; MOCHIZUKI, A. B.; SANTOS, V. C. CUIDADOS PALIATIVOS DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ONCOLÓGICO. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 76, 6 dez. 2017.
- BRITO, Natália Tatiani Gonçalves; CARVALHO, Rachel de. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Einstein (São Paulo)**, SãoPaulo, v. 8, n. 2, p. 221-227, jun.2010.
- COUTINHO, V. S., & MAIA, L. F. DOS S. (2020). PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS: DESAFIOS DO ENFERMEIRO NA PERCEPÇÃO E ENFRENTAMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS. *Revista Atenas Higeia*, 2(2), 27-32.

- CUNHA, FERNANDA FURTADO DA E RÊGO, LUCIANA DE PAIVA. Nursing and cancer pain. Received from Federal University of Belém, PA, Brazil. **Revista Dor** [online]. 2015, v. 16, n. 2, pp. 142-145.
- FERNANDES, Maria Andréa *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, set. 2013.
- FIGUEIREDO JF, SOUZA VM, COELHO HV, *et al.* **Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos**. 2018;8:e2638.
- FRANCA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá *et al.* Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 780-786, jun. 2013.
- KOHLER, Lívia Benini; CERCHIARO, Ana Cláudia Borin; LEVITES, Marcelo Rozenfeld; Cuidados paliativos ambulatoriais e qualidade de vida em pacientes oncológicos. Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa). **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v.1, ed.3, 21(3):101-5.2016.
- MACHADO HERCOS, T.; DE SIQUEIRA VIEIRA, F.; SILVA DE OLIVEIRA, M.; SCATRALHE BUETTO, L.; MEGUMI NAKA SHIMURA, C.; MEGUMI SONOBE, H. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 51-58, 31 mar. 2014.
- MOREIRA, Delcilene; Paciente Oncológico em Fase Terminal: Cuidados Paliativos como Medida de Conforto. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v.9,n.1, 9/10:32-8. 2018.
- MÜLLER, A. M.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. D. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p. 207-215, 30 jun. 2011.
- PINTO, Maria Helena *et al.* O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA: PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 16, n. 4, dec. 2011. ISSN 2176-9133.
- SANTANA XAVIER, S.; FERRAZ DOS ANJOS, karla; CRUZ PIMENTEL SAMPAIO, K.; BRANDÃO MOCHIZUKI, A.; CRUZ SANTOS, V. CUIDADO HUMANIZADO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ONCOLÓGICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA. **Saúde.com**, [S. l.], v. 13, n. 4, 2017.
- SANTOS, Demetria Beatriz Alvarenga; LATTARO, Renusa Campos Costa; ALMEIDA, Denise Alves de; CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL: REVISÃO DA LITERATURA. **Revista de Iniciação Científica Libertas**. São Sebastião do Paraíso, v.1, n.1, p 72-84, dez. 2011.
- SANTOS, Maiara Rodrigues dos *et al.* Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 646-653, set.2013.
- SILVA DA SILVA, Denis Iaros. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 31, n. 3, oct. 2011.

CAPÍTULO 47

A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA NOS SEIS PRIMEIROS MESES

***THE IMPORTANCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN THE
FIRST SIX MONTHS***

Adriane Cristina Pires Freire¹

Ainoan dos Santos Alves¹

Aline Bianca Pinheiro Pereira¹

Evelyn Moreira Silva¹

Joana Darc Rodrigues do Nascimento Costa¹

Luciana Coelho Carvalho Oliveira²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Mestre em Administração Pública e Privada, Fucape Business School, Vitória - Espírito Santo

Resumo

O estudo trata-se de uma pesquisa a fim de entender em que impacta a interrupção da amamentação exclusiva e tem como objetivo geral entender os fatores que interferem a realização da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. A pesquisa realizada teve caráter qualitativo e descritivo. Foi realizada revisão bibliográfica por meio de artigos publicados no período de 2012 a 2022 utilizando as bases de dados SCIELO, CAPES e Google Acadêmico, manuais, artigos e documentos eletrônicos que abordavam o tema proposto. Apontou-se que a amamentação exclusiva protege o bebê de doenças, promove saúde e desenvolvimento físico e mental, influencia na formação de caráter na vida adulta, além de afetar a situação socioeconômica da família. Foi detectado que a inclusão de fórmulas ainda na maternidade, traumas mamilares, falta de conhecimento da mãe e seu retorno ao trabalho foram razões significativas para a interrupção da amamentação nos primeiros seis meses. Identificou-se que o enfermeiro é uma importante figura na promoção da amamentação quando transmite confiança e acolhimento no seu atendimento.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desmame Precoce, Enfermagem

Abstract

The study is a research in order to understand what impacts the interruption of exclusive breastfeeding and its general objective is to understand the factors that interfere with exclusive breastfeeding in the first six months. The research carried out had a qualitative and descriptive character. A literature review was carried out through articles published from 2012 to 2022 using the SCIELO, CAPES and Google Scholar databases, manuals, articles and electronic documents that addressed the proposed topic. It was pointed out that exclusive breastfeeding protects the baby from diseases, promotes health and physical and mental development, influences the formation of character in adult life, in addition to affecting the socioeconomic situation of the family. It was found that the inclusion of formulas while still in the maternity ward, nipple trauma, the mother's lack of knowledge and her return to work were significant reasons for stopping breastfeeding in the first six months. It was identified that the nurse is an important figure in the promotion of breastfeeding when he conveys trust and acceptance in his care

Key-words: Breastfeeding, Early weaning, Nursing

1. INTRODUÇÃO

O período da amamentação é uma fase singular na maternidade que traz consigo sentimentos, desejos e decisões. O leite humano é fonte integral de nutrientes para bebês e até os seis meses de vida não precisa ser complementado.

O leite materno é um alimento rico em nutrientes e anticorpos. É limpo, seguro e protege contra doenças, ideal para bebês que possuem sistema imunológico imaturo, ou seja, mais vulneráveis às infecções. Sua composição é completa e de fácil digestão, não sendo necessário complementar com outros leites, água, sucos ou chás, por isso a recomendação é que a amamentação seja exclusiva durante os seis primeiros meses de vida e complementada até os dois anos de idade ou mais. Além de tudo, fortalece o vínculo entre mãe e filho.

O Brasil busca a elevação das taxas de amamentação no país, segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019), a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses foi de 45,8%, se mostrando um dado insatisfatório. Reconhecer os fatores que implicam na amamentação exclusiva até os seis meses, ajuda no direcionamento dos focos principais a serem trabalhados para alavancar os índices de aleitamento materno. O enfermeiro é um profissional capacitado a instruir e estimular a amamentação, pois tem a possibilidade de estar mais próximo a mulher, sanando dúvidas e acolhendo suas dificuldades, seu papel é importantíssimo para o sucesso da amamentação.

Portanto, compreender os motivos que impedem crianças a não usufruírem dos benefícios do leite materno exclusivo até o sexto mês de vida é de suma importância, proporcionando a análise de fatores que podem ser modificados, elevando o apoio às mães em suas implicações, e conseqüentemente aumentando as taxas de amamentação que influenciam diretamente na saúde tanto das mães quanto das crianças. Por conta disso questiona-se qual o impacto da interrupção da amamentação exclusiva na saúde do bebê?

A construção dessa pesquisa tem como objetivo geral entender os fatores que interferem a realização da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses. E os específicos: apontar os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses do bebê; identificar razões pelas quais a mãe interrompe a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses do bebê e identificar a importância do enfermeiro para promoção do aleitamento materno.

Portanto essa pesquisa será caracterizada pela busca dos artigos científicos, que responderão aos objetivos do presente estudo que será realizada por meio da internet no período de 2012 a 2022, utilizando as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Catálogo de Teses e Dissertações - CAPES, Google Acadêmico, manuais, revistas, documentos eletrônicos e nos vários manuais sobre amamentação.

2. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DO BEBÊ

O alimento oferecido ao bebê desde seu nascimento traz importantes efeitos pra saúde do bebê e da mãe, tal como Brasil (2015, p. 07) diz: “A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades.”. Os acontecimentos durante o início da vida predispõe a saúde física, mental e social do ser humano ao longo de toda sua existência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Criança e Adolescente (Unicef) e o Comitê de Nutrição das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) unificaram suas posições em torno da proposta do aleitamento materno exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida ao observarem sua importância para a sociedade (AZEVEDO et al, 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), nos primeiros seis meses, o trato gastrointestinal, os rins, o fígado e o sistema imunológico estão em fase de maturação, fazendo necessário um alimento completo e dinâmico, suprimindo as necessidades presentes no bebê. O leite materno (LM) se encaixa perfeitamente nesta descrição, fornecendo os nutrientes fundamentais e desenvolvendo do sistema imunológico (WEFFOR et al., 2012).

Após os seis meses a recomendação é complementar a alimentação, pois a fórmula do leite materno não supri totalmente as necessidades nutricionais do bebê nessa fase e o desenvolvimento morfofisiológico da criança já assegura aptidões para a mastigação, deglutição, digestão, absorção, utilização metabólica e excreção de nutrientes, a partir de outras fontes alimentares, incluindo o leite e seus derivados de outras espécies animais (AZEVEDO et al, 2019).

Podemos analisar que o leite se modificará por vários fatores, sempre buscando se adequar a precisão do lactente, desta forma o Ministério da Saúde menciona que “Nos primeiros dias, o LM é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro [...]. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo” (BRASIL, 2015, p.29). Podemos observar que o leite de bebês pré-termo contém maiores níveis de calorias, proteínas e lipídios o que corresponde a sua necessidade (BRASIL, 2015).

De acordo com Santos, Pereira e Freitas (2020), a amamentação propicia a proteção intestinal, pois no LM contém microrganismo que contribuem para criar barreiras contra patógenos. O aleitamento de recém-nascidos aumenta o número de Bifidobacterium em seu trato gastrintestinal, juntamente com os Lactobacillus que são bactérias que beneficiam a flora intestinal humana.

O leite humano se constitui de muitas proteínas, lipídios e carboidratos complexos, que se alteram durante as fases da lactação para contemplar as necessidades da criança e se mostram significativas no fator saúde e crescimento infantil. Além disso, em sua composição encontram-se vários bioativos, dentre eles os oligossacarídeos que são resistentes à digestão gastrointestinal e atingem o cólon infantil funcionando como os primeiros prebióticos (SANTOS; PEREIRA; FREITAS, 2020).

Amamentar confere ao Recém-nascido (RN) uma imunização específica do leite materno através de sua fórmula que contém “fatores circulantes como anticorpos IgA, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas, IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido” (WILSON OLEGÁRIO CAMPAGNONE et al., 2017, p.03). Desta forma protege as mucosas, uma vez que impede a adesão das bactérias nos tecidos superficiais evitando patologias como diarreia, infecções respiratórias e alergias (CAMPAGNONE et al., 2017).

Segundo Pereira et. al. (2021), a sucção na hora da mamada é instintiva e natural, e é o primeiro exercício muscular coordenado do bebê, importante para o aumento do tônus muscular e desenvolve músculos e ossos orofaciais. Assim, o aleitamento materno (AM) promove essa constante atividade, propiciando satisfação e cansaço muscular evitando assim que o bebê necessite mais de sucção não nutritiva por meio de hábitos como sucção de dedos, lábios ou bicos artificiais.

Ainda de acordo com a autora supracitada, o aleitamento natural colabora para que, com o estímulo da musculatura perioral, a criança não busque outras formas de satisfazer sua tendência de sugar, funcionando como um método preventivo para evitar essa sucção nociva que pode acarretar diversos prejuízos de curto em longo prazo, dentre eles a respiração bucal que altera o padrão de crescimento da face, desenvolvimento atípico do tórax, deglutição atípica, face alongada, bruxismo, mordida cruzada, mordida aberta anterior, língua baixa, maiores índices de cárie, bochechas flácidas e mandíbula com abertura contínua. Desse modo afeta a mastigação, deglutição e fala (PEREIRA et al., 2021).

Sobre a cárie precoce na infância, Rocha (2019) conta que o LM é responsabilizado juntamente com as fórmulas lácteas infantis (FLI) por algumas literaturas, porém muitos estudos defendem os fatores protetores do LM que reduz a adesão das bactérias. Dessa forma, é justificado que apesar da lactose ser um açúcar presente na composição do leite humano, possui risco mínimo de cariogenicidade, exceto se a lactante incluir outras fontes de açúcar, como a sacarose das FLI, na dieta do lactente.

Além disso, o ato de amamentar contribui para o desenvolvimento em diversas áreas da vida do RN, vários estudos constatam a importância para o desenvolvimento na infância e vida adulta. O LM é um alimento excepcional e favorece a qualidade no crescimento físico, mental e psíquico tanto da criança como da mãe. Pesquisas demonstraram que crianças amamentadas até os seis meses tiveram 30% mais probabilidade de ter sua capacidade intelectual acima da média, porém os maiores resultados poderão ser vistos mais em longo prazo (BAVARESCO, 2017).

Segundo Bavaresco (2017), as características nutricionais do LM influencia no funcionamento bioquímico e do sistema sensorial afetando o desenvolvimento neurológico, componente como o zinco, cobre e selênio protege o neurônio dos radicais livres que causam lesão celular, caso o bebê tenha baixa ingestão desses e outros nutrientes importantes, pode ocorrer atrasos de desenvolvimento neurológico, acometendo sua mente e motricidade.

De acordo com Andreazzi (2019), a pele e os sentidos são estimulados com o contato físico proporcionado pela amamentação, que quando feita de forma amorosa e afetuosa o bebê se sente seguro e confortável. Diante disso, cria-se o vínculo entre mãe e filho,

reparando o estresse originado no parto pela separação abrupta do meio que o RN foi gerado. O AM influencia desta forma nas características pessoais, formando indivíduos que tendem a ser mais tranquilos e sociáveis na infância e isso interfere diretamente na constituição do caráter na fase adulta.

Os efeitos do aleitamento materno se estendem para além da saúde da criança, beneficiam a lactante, a família e a sociedade, de acordo com Nunes (2015). A amamentação se associa com menor incidência de diabetes mellitus entre mulheres sem história de diabetes mellitus gestacional e síndromes metabólicas. Amamentar também auxilia a mulher no retorno ao peso de antes da gravidez, além de diminuir risco de hemorragias no puerpério imediato e anemia por perda sanguínea.

Segundo Ribeiro (2021) e Brasil (2015), o AM diminui o risco de contrair câncer de mama em até 4,3% a cada 12 meses que a mulher amamenta assim como redução de 30% o risco de câncer no ovário, risco 8% menor de endometrioses, sendo que o tempo a mais de amamentação exclusiva influencia nessas reduções. Outra vantagem se verifica na diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto do mesmo modo que subtrai o risco da mulher desenvolver a doença em relação a mulheres que não amamentaram exclusivamente no período correto. Podemos observar do mesmo modo a relação da amamentação na proteção da hipertensão, doença coronariana, obesidade e osteoporose.

O AM funciona também, como um método contraceptivo para as mulheres durante a amamentação exclusiva com eficácia de 98% contanto que o leite seja o único alimento do bebê e a mãe esteja em amenorreia lactacional. A probabilidade da mulher ovular durante esse período está relacionada à quantidade de vezes que amamenta (BRASIL, 2015). A prolactina é o hormônio responsável por diminuir a chance de fertilidade, desta forma quanto mais forem estimuladas menores chances de uma nova gravidez. O mais adequado seria que o método contraceptivo hormonal fosse iniciado após o período de amamentação exclusiva, com sugestão de o bebê mamar durante o dia e a noite (CALDAS et al., 2021).

Conforme Nunes (2015) é significativo pontuar a correlação do AM com os aspectos socioeconômicos visto que sua falta acarreta em custos com fórmulas infantis e mamadeiras, além de que com maiores riscos de adoecer, necessite de medicamentos e cuidados com maiores frequências, além de possíveis internações hospitalares. Brasil (2015) já destaca que haverá famílias de baixa renda que irão sentir dificuldades em manter esta alimentação artificial, interferindo consideravelmente na renda familiar.

Mediante ao exposto, é perceptível a contribuição benéfica da amamentação para a saúde e desenvolvimento da criança a curta e longo prazo. É comprovado que o leite materno é o melhor alimento para o bebê desde sua composição até as suas influências físicas e psíquicas. Os primeiros seis meses de amamentação são primordiais e dirigem todo o histórico futuro da amamentação bem sucedida. A mãe e a família também podem aproveitar dos benefícios que o ato de amamentar traz, através de sua influencia na saúde materna e na diminuição de custos para a família, logo facilitando o manejo da renda familiar para outros setores. É importante assegurar que o bebê possa usufruir desde alimento tão eficaz, desde modo entender o que pode interferir nessa atividade é essencial para melhorar a promoção da amamentação.



3. RAZÕES PARA INTERRUPÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

Globalmente há diversos esforços para criar programas e políticas públicas no intuito de incentivar o aleitamento materno, mesmo assim ainda não atingiram os níveis desejáveis. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019) do MS, a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 45,8% no Brasil variando em cada macrorregião, um número que aumentou em relação aos anos anteriores, porém não alcançou a recomendação da OMS relativa às Oito Metas de Nutrição Mundiais para 2025, descritos no Relatório sobre a Nutrição Mundial de 2016.

Pinto et al. (2021) diz que fatores socioculturais, aspectos intrínsecos à vida cotidiana das mulheres, características anatomofisiológicas e dificuldades no manejo apresentado durante o processo da amamentação, estão relacionados ao desmame precoce, envolvendo assim diversos motivos que necessitam serem avaliados.

Segundo Gasparin (2020) ainda durante o primeiro mês as maiores interferências são recebimento de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e utilização de chupeta. O recebimento de complemento lácteo no hospital é uma prática cada vez mais crescente, em pesquisa 22,1% das prescrições do complemento foram provenientes de dificuldades de sucção e pega, mesmo que não seja uma razão justificável para prescrição de complemento lácteo de acordo com a OMS e UNICEF. Neste sentido, a amamentação é prejudicada em maior grau, pois dificulta ainda mais a sucção do RN, diminui a quantidade de mamadas e estimulação do mamilo.

O desmame é decorrente do conjunto de fatores e cada família tem suas individualidades, um problema se associa a outro, neste contexto Amaral et al. (2015, p. 131) descreve que “[...] uma vez que, ao sugar menos o seio a fabricação do leite se torna menos eficiente, o leite somente é produzido e excretado quando há estímulos externos, como sucção, visão, cheiro ou choro”. Inserir complemento na alimentação do bebê antes dos seis acaba se tornando um risco para menor produção de leite.

Ainda de acordo com Gasparin (2020), muitos estudos mostram que incluir complemento lácteo nas primeiras horas após o nascimento amplia a introdução de outros leites após a saída do hospital, sucedendo a uma menor produção de leite materno e resultando no desmame precoce. Ledo (2020) fala em sua pesquisa que o RN em bom estado de saúde, com boa vitalidade, Apgar dentro dos parâmetros, apresenta excelentes condições para um aleitamento materno precoce, que ocorre ainda na sala de parto.

O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto possibilita esta prática diminuindo o risco do lactente necessitar de complemento lácteo em comparação aos que não dispusera desse contato, o que colabora para a redução da oferta de complemento lácteo ainda na maternidade. A pesquisa aponta que bebês que recebem fórmulas ainda durante a internação têm duas vezes menos chances de serem amamentados até os seis meses.

São múltiplos os fatores que levam as mães a introduzir outros tipos de alimentos e líquidos antes dos seis meses, essa prática é frequentemente citada em diversas pesquisas. Segundo Lima, Nascimento e Martins (2018), a falta de conhecimento e informação induz a mulher a realizar tais práticas gerando a insegurança que atrapalha inclusive as

que têm desejo e intenção de amamentar. Vários estudos referem os riscos da complementação do leite materno com outros líquidos, assim Gomes (2020) menciona a possibilidade de má nutrição, infecções por má higienização ou acondicionamento dos alimentos, alergias devido à imaturidade fisiológica e ainda gera mais gastos financeiros para a família.

A escolaridade da mãe influencia diretamente a intenção e disposição para amamentar, Alvarenga et al. (2017) e Lima, Nascimento e Martins (2018) citam que quanto maior a formação acadêmica maiores são a frequência do AME e da valorização do ato de amamentar, diminuindo as chances do desmame precoce. Alvarenga et al. (2017) ainda menciona que na sua pesquisa famílias de baixa renda tiveram mais chances de interromper a AME antes dos três meses de vida do bebê, justamente um grupo marcado por outros fatores que aumentam a morbimortalidade infantil.

Este fator é apontado em diversas pesquisas e demonstra importância nas causas do desmame precoce. Pinto et al. (2020, p. 100693) explica que “[...] a renda familiar baixa pode reduzir o acesso à educação, e induzir ao ingresso no mercado de trabalho de forma precoce, além do poder aquisitivo também está associado a uma alimentação que não garante todos os nutrientes necessários para nutriz.”.

Realizar um acompanhamento pré-natal de qualidade promove maior êxito na amamentação, neste período a saúde da mãe e do bebê é monitorada. A gestante recebe orientação e se prepara para o período da lactação e conhecendo técnicas que proporcionam mais habilidade e autoconfiança para a mulher durante a amamentação, evitando problemas que atrapalhem o aleitamento materno (PINTO et al., 2021).

Brasil (2015) aponta que durante o pré-natal podem ser abordados aspectos como a avaliação da gestante quanto o seu desejo de amamentar, solucionar dúvidas acerca de mitos, medos e preocupações, ensinar posicionamento e pega, informá-la de possíveis dificuldades que poderão surgir, orientação quanto ao uso da chupeta e demais bicos artificiais. Nas pesquisas feitas de forma geral, esses pontos são bastante relacionados aos motivos maternos para a interrupção da AME.

Conforme Alvarenga et al. (2017), a introdução de água e chás é uma prática difundida culturalmente, as mães entendem que o bebê necessita para saciar sede e os estudos referenciaram que as avós têm influência positiva para essa tomada de decisão. O chá é incluído na intenção de controlar cólicas do bebê, Suárez-Cotelo (2019) revela em seu estudo que parte importante das participantes respondeu que frente a uma diarreia iriam tratar em casa interrompendo o AM e oferecendo chá ou soro oral. É visto que essas ações não são necessárias, pois o leite é completo e possui toda água necessária para o bebê, além de que tais medidas acarretam mais consequências pela imaturidade do organismo.

A conjuntura sociocultural interfere significativamente na amamentação considerando os mitos e crenças que afetam as práticas maternas. O “leite fraco” é um termo expresso pelas mães muito observado nas pesquisas. Segundo Amaral et al. (2015), essa sensação vem do fato das lactantes não sentirem suas mamas cheias principalmente nos primeiros dias pós parto o que traz preocupação e medo de não conseguir alimentar seu filho. O fato é que biologicamente a produção de LM é suficiente para sustentar as necessidades do bebê, a insegurança materna quanto sua capacidade de nutrir o bebê deixa a



mãe mais vulnerável a considerar esses mitos e expõe ao risco do desmame precoce.

Conforme Alvarenga et al. (2017), em sua pesquisa as mães relataram leite fraco, insuficiente ou pouco, como fatores que motivaram o desmame. Ele cita que apesar de naturalmente o leite ser suficiente, há fatores que podem diminuir a produção do leite materno como a introdução de outros leites e/ou líquidos, fazer uso de chupeta e mameiras, quando ocorre baixa ingesta hídrica da mãe e alimentação incorreta, além do posicionamento e pega incorreta do bebê durante a amamentação.

Sobre a introdução da chupeta ou bicos artificiais, é evidenciada como fator de risco ao desmame precoce, principalmente no período inicial em que o organismo da lactante está se adaptando a demanda do RN e precisa da sucção do bebê para que haja uma produção adequada de leite. O uso da chupeta provoca a diminuição do estímulo mamilar que é essencial para o progresso da amamentação (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Nas pesquisas analisadas, quase metade dos bebês faziam uso de chupeta, Alvarenga et al. (2017) relaciona o dado à dificuldade da mãe lidar com o choro do bebê, demonstrando a insegurança quanto a isso. Pinto et al. (2021) menciona que o AM em livre demanda reduz o risco da introdução de bicos artificiais, pois supre a necessidade do RN de nutrição e de sucção, além de que quanto mais a mãe pratica a amamentação o seu nível de autoconhecimento e autoconfiança se elevam.

Ainda conforme Pinto et al. (2021) uma parte considerável das mães relataram ter fissuras nos mamilos, esta intercorrência acarreta sentimentos internos que podem afetar a vontade e intenção da mãe manter o AME. Segundo Lima, Nascimento e Martins (2018) problemas como trauma mamilar, dor, fissuras e rachaduras areolares geralmente ocorrem no início da amamentação causado pela sucção ou pega incorreta. A mastite também pode surgir nesse início, ocasionada pelo excesso de produção de leite que acumula no seio e provoca dor, que em alguns casos impede a amamentação pelo sofrimento causado.

Segundo Amaral et al. (2015), a dor durante a amamentação favorece a efetuação do desmame precoce e é frequentemente relatado pelas mães nas diversas pesquisas. Existem ações que previnem os traumas que provocam possíveis dores e incômodos como “[...] a técnica adequada de amamentação, a exposição dos mamilos à luz solar, a realização da ordenha manual quando a mama estiver ingurgitada e manutenção dos mamilos secos e limpos.”.

Essas orientações podem facilmente ser apresentadas às mães durante a gestação nas consultas de pré-natal, no período de internação pós-parto e nas consultas puerperal subsequentes, uma vez que a pesquisa identificou a falta de capacitação das mães frente às dificuldades previstas durante a amamentação (AMARAL et al., 2015).

É extremamente citada nos estudos a associação do retorno da mãe ao trabalho como causa do desmame precoce. Lima, Nascimento e Martins (2018) conta que as mudanças no contexto familiar e na sociedade propiciaram as mulheres a realizarem obrigações e encargos fora de sua residência, após o retorno de suas atividades os seios deixam de serem estimulados, ocorrendo à introdução de outros tipos de leites e bicos artificiais.

De acordo com Alvarenga et al. (2017) o trabalho foi o fator que mais motivou a in-

interrupção do AME. A necessidade de ajudar nas despesas da casa ou garantir o sustento direciona a mulher para a volta do trabalho e pra isso se distanciam do seu filho. Prosseguir com a amamentação neste cenário depende de vários aspectos, ter um ambiente que permite amamentar o bebê no espaço do trabalho é uma estratégia para diminuir a quebra deste vínculo. Todavia a realidade vista é que os empregadores não conhecem as leis atribuídas para executar esta estratégia.

Além disso, a licença maternidade favorece a amamentação nos primeiros seis meses, porém grande parte das mulheres que possuem trabalho remunerado não consegue se beneficiar, visto que muitos empregadores adotam a licença de quatro meses e mais da metade dessas mulheres possuem vínculo informal de trabalho (FERNANDES; HÖFELMANN, 2020).

Já foi prevista no Art. 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) Decreto-lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943 a redução da jornada da mãe lactante e alternativa para com seu empregador a fim de proteger a manutenção da amamentação depois da volta ao trabalho. Portanto, a amamentação é recomendação mundial, garantida por lei e direito da mãe e do bebê:

Todas as mães têm o direito de amamentar seus filhos. No trabalho, em casa e até quando estão privadas de liberdade, elas têm direito a alimentar o seu filho no peito. O aleitamento materno é também um direito da criança. Segundo o artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente, é dever do governo, das instituições e dos empregadores garantir condições propícias ao aleitamento materno (UNICEF, 2019).

Desta maneira, Brasil (2015) orienta que a manutenção da amamentação após o retorno ao trabalho depende de vários aspectos, sendo importante o apoio da família e da comunidade, assim como os trabalhadores da saúde para instruir as rotinas necessárias para prosseguir com a amamentação de forma segura. É essencial informar as mães como proceder para usufruírem do seu direito, como realizarão a retirada e armazenamento do leite de forma correta, a maneira mais adequada para oferecer o leite ao bebê que é através de copos e colheres afim de não causar confusão de bicos.

Como demonstrado, os fatores que contribuem para a interrupção do aleitamento materno exclusivo são extensos, a proteção da amamentação se inicia antes do nascimento com um pré-natal bem feito e munindo as gestantes de informação dessa forma preparando para lidar com as dificuldades ou prevenindo-as. Após o nascimento fatores como incluir fórmulas prescritas pelo médico e uso de bicos artificiais ainda durante a internação influenciam um possível desmame precoce ainda nos primeiros meses.

Outros fatores evidenciados estão em contextos sociais, a baixa renda influencia tanto na falta de conhecimento quanto na necessidade de se ausentar para trabalhar. É necessária a atuação dos profissionais da saúde para resoluções de problemas que podem ser trabalhados nos atendimentos de forma simples e eficaz.



4. A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

O sucesso da amamentação depende de diversos fatores que podem impulsionar ou impedir sua promoção. O meio que a nutriz está inserida influencia fortemente a prática, o incentivo e opiniões da família e amigos são de extrema significância para a mãe. (BRASIL, 2015). O apoio dos profissionais da saúde é significativo e fundamental para o sucesso do AME. Assim, Gomes (2020) explica que o enfermeiro é importante na promoção da AME, pois tem grande participação no pré-natal e puerpério. De acordo com seu estudo, as mães também reconhecem a contribuição positiva da enfermagem na promoção da amamentação.

Ainda de acordo com Gomes (2020), o enfermeiro tem posição mais próxima à mãe e a família, este profissional ocupa um espaço que facilita o incentivo e preparação da gestante para o AM. O enfermeiro pode contribuir sanando dúvidas, encorajando o potencial de amamentar da gestante, gerenciando o cuidado e manutenção da lactação a domicílio, além de transmitir conhecimento e treinar para a mãe para o período da amamentação.

Segundo Lutosa e Lima (2020), o enfermeiro é capacitado durante sua formação a trabalhar junto à população e é inserido nas comunidades, presta assistência e auxilia na educação em saúde. Possui facilidade em identificar problemas no processo de amamentação e é apto a realizar programas educativos e ações comunitárias que promova a qualidade do aprendizado acerca do AM. Pelo mesmo contexto, Alves et al. (2020) aponta que o profissional deve ser envolvido com todo o processo sendo presente no relacionamento com a gestante e sua família. Este elo conduz o grau de aceitação às recomendações do enfermeiro, oferecendo liberdade e confiança para a gestante expor sua história, dificuldades aptidões e barreiras.

A Atenção Primária tem principal enfoque na promoção da saúde, contando com a Estratégia de Saúde da Família que trabalha diretamente com o acompanhamento gestacional, puerperal e puericultura nas comunidades. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) surgiram no intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, dentre suas estratégias temos a realização no mínimo de seis consultas pré-natal que são divididas entre médico e enfermeiro (NASCIMENTO et al., 2019).

Assim como Alves et al. (2020) menciona, o enfermeiro apresenta competências técnicas e conhecimentos com bases científicas que o permite identificar e tratar a singularidade de cada gestante, oferecendo acolhimento mas também segurança no cuidado. Do mesmo modo que Nascimento et al. (2019) refere, durante o acompanhamento pré-natal o profissional solicita exames e ultrassonografias, realiza atividades educativas, atualiza a situação vacinal, orienta e incentiva quanto à amamentação. Neste período ocorre o preparo da gestante para a fase da lactação, quanto mais informação mais provável êxito na amamentação.

Além disso, ele pode lidar nas suas consultas puerperais com traumas mamilares, decorrentes da pega inadequada do bebê. É um problema simples e recorrente que o profissional tendo conhecimento técnico e paciência pode ser resolvida junto à mãe. Cabe ao enfermeiro explicar sobre a fisiologia e anatomia da amamentação, a falta de conhecimento técnico científico em relação à lactação é um risco quanto ao desmame. Através

dos dados acompanhados nas pesquisas é evidente que a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal são falhas. (LUTOSA; LIMA, 2020).

Por isso, embora a oportunidade do enfermeiro atuar na promoção do AM seja extensa, Alvarenga et al. (2017) menciona a fragilidade no atendimento das unidades básicas, é notado o autoritarismo e impessoalidade, uma parcela das mulheres no estudo relataram não ter tido orientação e apoio acerca da amamentação, não sendo satisfatório o incentivo do AM. Ao contrário do que se pode ganhar com intervenção assertiva dos profissionais da saúde, a falta de uma boa comunicação com a nutriz pode afetar na sua escolha em amamentar.

Dessa forma, Lutosa e Lima (2020) reforça a discussão que apenas fornecer informações e praticar ações educativas, não são capazes de incentivar a intenção de amamentar satisfatoriamente. Conquistar a confiança da mulher e indicar soluções concretas para sua realidade promove mais eficiência. O aconselhamento propicia promoção, proteção e apoio à amamentação podendo ser usada em todos os níveis de atenção.

Segundo Amaral et al. (2015), é essencial o apoio vindo da família e do profissional da saúde para superar as dificuldades, porém os relatos demonstram que algumas mulheres ainda enfrentam sozinhas os problemas da amamentação, fator que a deixa vulnerável ao desmame precoce.

Em seu estudo, Nóbrega et al. (2019) mostra a relevância da rede de apoio social para a promoção do AM. É citado que as puérperas são propensas a procurar a família como primeira fonte para sanar dúvidas e resolver problemas acerca da amamentação, pois o vínculo fornece credibilidade e valorização à suas opiniões, assim os profissionais da saúde ocupam o segundo plano como visto neste e em outros estudos. O enfermeiro em seus atendimentos pode instruir a técnica adequada, posição e pega correta para amamentação, além dos cuidados com as mamas, prevenção de intercorrências, a forma indicada da ordenha manual, como oferecer a mama, entre outras informações em que é apto a explicar.

De acordo com Alves et al. (2020), é relatado pelas mães sentimentos de solidão e de doação ao bebê no puerpério, nesta fase há grandes mudanças hormonais e da rotina que afetam o estado emocional da lactante, sendo necessário uma rede de apoio que ela confie no qual amenize sua sobrecarga. O pai como parte dessa rede de acordo com os artigos ainda é uma figura pouco presente, a maioria das lactantes tinham uma rede de apoio formada principalmente por mulheres como mães, avós, tias e vizinhas. A enfermagem deve buscar promover a maior participação do pai nos primeiros cuidados com a criança, orientando quanto a possibilidade da licença-paternidade de vinte dias, caso possua vínculo empregatício, direito assegurado pela Política Nacional Integrada para a Infância.

A família pode ser um facilitador no incentivo ao AME e os profissionais devem incluí-la nas suas estratégias. A realização das visitas domiciliares auxilia na captação de informações sobre a vivência da nutriz e o meio em que vive, proporcionando atendimento com soluções mais individualizadas. As rodas de conversa propiciam a troca de conhecimento entre as puérperas e famílias, este momento também promove sociabilidade e consequentemente fortalece as relações e confiança entre o grupo (NÓBREGA et al., 2019).



Portanto, é notável a importância que a enfermagem tem na promoção da amamentação, pela sua habilidade e conhecimento técnico para lidar com problemas e dúvidas da mãe acerca da lactação, possuindo diversos programas e oportunidades para atuar no incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Referências

ALVARENGA, S.C.; CASTRO, D.S. de; LEITE, F.M.C.; BRANDÃO, M.A.G.; ZANDONADE, E.; PRIMO, C.C. Factores que influyen el destete temprano. **Aquichan**, [S. l.], v.17, n.1, p. 93–103, 2017. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5211>. Acesso em: 29 abr. 2022.

ALVES, Y.R. et al. Breastfeeding under the umbrella of support networks: a facilitative strategy. **Escola Anna Nery** [online], v.24, n.1. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0017>. Acesso em: 12 mai. 2022.

AMARAL, L.J.X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 36, n. spe, p.127-134, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>. Acesso em: 29 abr. 2022.

ANDREAZZI, D.D.. Benefícios da amamentação. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 1, p. 001, 16 jul. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/1272>. Acesso em: 05 de abr. 2022.

AZEVEDO, P.T.A.C.C. et. al., Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 22, e.190007, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190007>. Acesso em: 02 de novembro de 2021.

BAVARESCO, L.. O Aleitamento Materno e o Desenvolvimento Cognitivo. TCC(especialização) - **Universidade Federal de Santa Catarina**. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Linhas de Cuidado em Saúde Materna, Neonatal e do Lactante. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172936>. Acesso em: 05 de abr. 2022.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm#art2. Acesso em: 04 de abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184p.

CALDAS, T.A.; AZEVEDO, M.V.C.; TORRES, R.C.; TELES, W. de S.; SILVA, MC da .; BARROS, A.M.M.S.; SILVA, M.H.S.; MORAIS, A.L. de J.; SANTOS JÚNIOR, P.C.C.; CARVALHO, I.B.P. de. Benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, pág. e47310616074, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16074>. Acesso em: 7 abr. 2022

CAMPAGNONE, W.; LIBARDI, R.; MEIRA, R.; LIMA, R.; NOGUEIRA, R.; PENG, R.; PELOSOF, R.; TOVO, R.; SILVA, R.; OLIVEIRA, R.; BLAAS, S.; TAHAN, S.; TONOLI, S.; PEÑA, S.; HASHIMOTO, T.; FONSECA, T.; GIOVANNI, T.; CARVALHO, T.; PERIN, V.; MIGLIORI, V.; MINHOTO, V.; FAVIER, V.; MAGALHÃES, V.; PORCEL NETO, W.. A importância da orientação sobre o aleitamento materno. **Fórum PAS - Prática em Atenção à Saúde**, Brasil, dez. 2017. Disponível em: <https://congressos.pucsp.br/index.php/FPAS/FPAS2017/paper/view/2062/313>. Data de acesso: 04 Abr. 2022.

FERNANDES, R.C.; HÖFELMANN, D.A.. Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(3): 1061-1072. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.27922017>. Acesso em: 04 Nov. 2021.

GASPARIN, V.A.; STRADA J.K.R.; MORAES, B.A.; BETTI, T.; PITILIN, E.B.; ESPÍRITO SANTO, L.C.. Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio. **Rev Gaúcha Enferm.**

41(esp): e20190060, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190060>. Acesso em: 03 Nov. 2021.

GOMES, R.P.; SILVA, P.C.V. da; SILVA, C.E.A.L. da; SANTOS, J.C.A.; MACÁRIO, F.N.; RAMOS, F.M.F.; SOUSA, I.B. de. Fatores que levam ao desmame precoce do aleitamento materno. **Braz. J. of Develop.** Curitiba, v.6, n.12, p. 100688-100700, dec. 2020. ISSN 2525-876. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-528>. Acesso em: 29 abr. 2022.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARES. 2016. **Relatório sobre a Nutrição Mundial 2016**: da Promessa ao Impacto: Erradicar a Má Nutrição até 2030. Washington (EUA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295872>. Acesso em: 01/04/2022.

LEDO, B.C. et al. Fatores associados ao uso de complemento lácteo entre recém-nascidos no ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e51503, nov. 2020. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51503>>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LIMA A.P.C.; NASCIMENTO, D. da S.; MARTINS, M.M.F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**. v. 6, n. 2 (2018). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p189-196.2018>. Acesso em: 29 abr. 2022.

LUSTOSA, E.; LIMA, R.N.. Importância da enfermagem frente à assistência primária ao aleitamento materno exclusivo na atenção básica. **ReBIS** [Internet]. 2020; 2(2):93-7. Brasília, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/96/89>. Acesso em: 02 mai. 2022.

NASCIMENTO, A.M.R.; SILVA, P.M. da; NASCIMENTO, M.A.; SOUZA, G.; CALSAVARA, R.A.; SANTOS, A.A. dos. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família no incentivo ao aleitamento materno durante o período pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 21, p. e667, 1 abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e667.2019>. Acesso em: 02 mai. 2022.

NÓBREGA, V.C.F. da; MELO, R.H.V.; DINIZ, A.L.T.M.; VILAR, R.L.A.. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 121, pp. 429-440. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912111>. Acesso em: 12 mai. 2022.

NOGUEIRA, J.R.H.; NOGUEIRA DA SILVA, C.; KÁTIA DA SILVA, A.; AFONSO, L.R.; MENEZES, C.P.S.R.; SALES, T.B.. Características definidoras e fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem na amamentação ineficaz. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. l.], v. 10, n. 56, p. 3282-3291, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/912>. Acesso em: 02 maio. 2022.

NUNES, L.M.. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim Científico de Pediatria**. Vol. 4, n. 3, p. 55-58. Porto Alegre dez. 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/184239>. Acesso em: 06 de abr. 2022.

PEREIRA, G.; CAMPOS, G.S.; PEREIRA, C.S.; SILVA, D.L.M.; OLIVEIRA, L.C.; CARVALHO, T. de A.; MACHADO, F.C.. Reflexões do aleitamento materno sobre a saúde bucal infantil e a realidade materna: uma revisão narrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 14, pág. e211101421988, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21988>. Acesso em: 4 abr. 2022.

PERES, J.F. et al. Percepções dos profissionais de saúde acerca dos fatores biopsicossocioculturais relacionados com o aleitamento materno. **Saúde em Debate** [online]. v. 45, n. 128, pp. 141-151, 24 Maio 2021. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112811>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PINTO, S.L. et al. Avaliação da autoeficácia para amamentação e seus fatores associados em puérperas assistidas no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 21 (1): 97-105 jan-mar., 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000100005>. Acesso em: 03 Nov. 2021.

RIBEIRO, J.M.; PEREIRA, S.E.. Benefícios a Longo Prazo na Saúde Da Mulher Promovidos pelo Aleitamento Materno: Uma Revisão Narrativa. TCC Nutrição - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. **Escola de Ciências Sociais e da Saúde**. PUC Goiás, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1774>. Acesso em: 06 de abr 2022.

ROCHA, G.M.. Leite Materno e Fórmulas Lácteas Infantis: Relação com a Cárie Precoce da Infância. Dissertações de Mestrado (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - **Universidade Fernando Pessoa Facul-**

dade Ciências da Saúde. Porto, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/8463>. Acesso em: 04 de abr. 2022.

SANTOS, M.P.M.C.; PEREIRA, T.G.; FREITAS, M.T.S.. **A influência do leite materno na microbiota intestinal do recém-nascido.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v.6, n.11, p. 93400-93411, nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjd.v6i11.20750.g16961>. Acesso em: 02/04/2022.

SUÁREZ-COTELO, M.D.C.; MOVILLA-FERNÁNDEZ, M.J.; PITA-GARCÍA, P.; ARIAS, B.F.; NOVÍO, S.. Conhecimentos sobre aleitamento e a relação com a sua prevalência. **Rev Esc Enferm USP.** 2019; 53: e03433. Pontevedra, Spain. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018004503433>. Acesso em: 30 abr. 2022.

UNICEF. Aleitamento materno. 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>. Acesso em: 03 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno:** Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

CAPÍTULO 48

CUIDADOS AOS IDOSOS DEPRESSIVOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

CARE FOR DEPRESSED ELDERLY IN BASIC HEALTH UNITS

Kelly Milena Chaves Santos¹

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A depressão é um tipo de transtorno do humor que afeta o indivíduo como um todo, principalmente no que diz respeito à autoestima, e pode afetá-lo no convívio familiar e social. Essa patologia é considerada um grave problema de saúde pública por ser gravemente incapacitante e pelo fato de que muitos cientistas acreditam que a depressão será a segunda doença mortal, superada apenas pelas doenças cardiovasculares em alguns anos. O objetivo desta pesquisa foi cuidar de pessoas com depressão que foram tratadas pela Atenção Básica por meio de evidências científicas publicadas no Brasil. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa e na língua íntegra e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Concluiu-se que, o envolvimento dos cuidadores no manejo do idoso com depressão é de suma importância, tanto na identificação dos sinais e sintomas que sugerem que o paciente está entrando em processo depressivo, quanto na própria Intervenção

Palavras-chave: Depressão. Idoso. Enfermeiro. Atenção Básica.

Abstract

Depression is a type of mood disorder that affects the individual as a whole, especially with regard to self-esteem, and can affect family and social life. This pathology is considered a serious public health problem because it is severely disabling and because many scientists believe that depression will be the second deadly disease, surpassed only by cardiovascular disease in a few years. The objective of this research was to take care of people with depression who were treated by Primary Care through scientific evidence published in Brazil. This was a literature review, with a search for studies in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. For inclusion of studies, we sought those with publications from the last 10 years, in Portuguese and in the full language and that matched the proposed theme, and as exclusion criteria, articles that were in another language and incomplete. It was concluded that the involvement of caregivers in the management of the elderly with depression is of paramount importance, both in identifying the signs and symptoms that suggest that the patient is entering a depressive process, as in the Intervention itself.

Key-words: Depression. Old man. Nurse. Primary Care.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um tipo de transtorno do humor que afeta o indivíduo como um todo, principalmente no que diz respeito à autoestima, e pode afetá-lo no convívio familiar e social. Essa patologia é considerada um grave problema de saúde pública por ser gravemente incapacitante e pelo fato de que muitos cientistas acreditam que a depressão será a segunda doença mortal, superada apenas pelas doenças cardiovasculares em alguns anos.

Nos idosos, essa síndrome é muito complexa e os principais fatores relacionados à depressão são: idade avançada, sexo feminino, estado funcional prejudicado, doenças crônico-degenerativas, disfunção cognitiva, condições sociais precárias, isolamento social, perda do companheiro, luto, baixa aposentadoria de renda, abandono parcial de parentes, institucionalização e alguns tipos de drogas. A depressão em idosos é complexa, o que pode levar a maiores taxas de mortalidade. É preciso que a enfermeira faça o histórico médico do paciente junto com a família para evitar consequências graves.

Desse modo, justifica-se o tema por compreender a importância das contribuições do enfermeiro para a recuperação do idoso deprimido, mas a prevenção da depressão também deve envolver a família do paciente, principalmente no que se refere ao cuidado dos aspectos biopsicossociais e espirituais do idoso. O objetivo geral do estudo foi discorrer os cuidados com o idoso depressivo nas unidades de saúde.

Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir do cruzamento dos descritores: Depressão. Idoso. Enfermeiro. Atenção Básica. Para inclusão dos estudos, buscou-se os com publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa e na língua inglesa e que condiziam com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto.

2. CUIDADOS AOS IDOSOS DEPRESSIVOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

No país a Atenção básica se desenvolve com elevado grau de descentralização e capilaridade, acontecendo nas localidades mais próximas da vida dos cidadãos. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta principal de acesso a toda rede de atenção à saúde. Assim é necessário que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012b)

Sua implantação e desenvolvimento no Brasil é considerado um marco de grande relevância para a população do país, já que outrora não existia no Brasil uma forma de atenção que contemplasse a todos os indivíduos da sociedade, sem haver exceções, sendo uma realidade hoje devido a existência da atenção básica (SANTOS, 2018)



Atualmente, alguns autores, o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde. Assim, é claro que, no Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF). (CONASS,2011)

A Portaria n 2. 436 de setembro de 2017 considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde -APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes. A portaria supracitada em seu artigo n. 2 define Atenção Básica como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017b. Art. 2)

A atenção básica no Brasil fornece cobertura com suas ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e realização da saúde a uma estimativa de 140 milhões de brasileiros e permite acesso da demanda por atendimento a quase toda população. Possui mais de 40 mil unidades básicas de saúde e mais de 600 mil profissionais de saúde no campo de atuação. (BRASIL, 2017 c) .

A atenção básica tem por princípios a universalidade, equidade e integralidade. Tendo por diretrizes a regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, ordenar o cuidado, ordenar as redes e participação da comunidade.

Princípios	Conceitos
Universalidade	Ofertar acesso amplo e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolução.
Equidade	Ofertar cuidado segundo a necessidade do indivíduo
Integralidade	É a união dos serviços desenvolvidos pela equipe de saúde que visam atender às necessidades da população adscrita no âmbito do cuidado, da promoção e manutenção da saúde da prevenção das doenças e agravos, da cura, reabilitação, minimização de danos e dos cuidados paliativos.

Quadro 1 - Princípios da atenção básica
 Fonte: adaptado BRASIL, 2017b

Diretrizes	Conceitos
Regionalização e hierarquização	Possuir um espaço geográfico estratégico para desenvolver seu planejamento, organização e gestão das redes de ações e dos serviços de saúde de forma organizada e interligada aos pontos da rede.
Territorialização e adscrição	É desenvolver ações de promoção a saúde com foco em um território específico, conhecendo as condições de vida de todos que estão inseridos nesse espaço
População adscrita	Descrição dos indivíduos que fazem parte da comunidade onde a UBS está situada permitindo vínculo entre a equipe de saúde e a população.
Cuidado centrado na pessoa	Fornecer as pessoas informações pertinente para que as mesmas desenvolvam ações de autocuidado
Resolutividade	Capacidade de solucionar a grande maioria dos problemas na área da saúde da população
Longitudinalidade do cuidado	Tornar o cuidado de forma continuar sem perca de assistência em saúde
Coordenar o cuidado	Desenvolver, acompanhar e organizar o fluxo de acesso entre as pessoas e a unidade de saúde
Ordenar as redes	Permitir a conexão entre os serviços de oferta de saúde permitindo a população suporte de continuidade do cuidado
Participação da comunidade	Gerar na população a consciência da sua participação bem como desenvolver ações que abranjam toda a comunidade

Quadro 2 - Diretrizes da atenção básica

Fonte: adaptado BRASIL, 2017b

2.1 O papel da atenção básica na promoção de saúde

Como mencionado anteriormente muitas são as ações desenvolvidas voltadas para promoção da população brasileira por parte da atenção básica. Nesse cenário o idoso vem surgindo ainda timidamente como um dos protagonistas assistidos por essas ações. A respeito das responsabilidades direcionadas a assistência em saúde para o idoso, cabe a Atenção Básica articular e coordenar a oferta de cuidado a esse grupo populacional na Rede de Atenção à Saúde na esfera municipal. “Na organização da atenção integral serão contemplados os seguintes eixos: promoção da saúde e prevenção de agravos; ações de assistência e reabilitação da saúde e a educação permanente” (BRASIL, 2017a)



Considerando os avanços ocorridos na expansão da cobertura pela APS no país, ainda é possível notar desafios, um deles é a qualidade da atenção prestada à população idosa que ainda enfrenta barreiras no acesso aos serviços de saúde. (SILVA et al., 2020)

Segundo Cacciacarro (2018) o acesso do idoso à atenção básica deve ser:

garantido, adequado às suas necessidades afim de contemplar a política de atenção à saúde dessa população. Devem ser desenvolvidas pelo serviço de saúde ações que facilitem o engajamento do idoso nas dimensões de prevenção. Ainda segundo o autor é a partir do acesso e do acolhimento, que são construídas relações de vínculo entre o profissional e idoso relação essencial para desenvolver a autonomia para compartilhar a tomada de decisão sobre meios de preservar a saúde.

Não existe um perfil específico de profissional de Saúde para o atendimento de idoso. Algumas características, entretanto, devem ser ressaltadas como muito importantes:

1. Estar disponível para atender o idoso e sua família sem autoritarismos.
2. Estar atento ao idoso e ter capacidade de formular perguntas que auxiliem a conversação, buscando compreender sua perspectiva (GOMES *et al.*, 2013).
3. Não ser preconceituoso, evitando fazer julgamentos, especialmente no que diz respeito à abordagem de determinadas temáticas como uso de drogas (GOMES *et al.*, 2013).
4. Buscar, de forma contínua, atualização técnica na área específica de atuação profissional (BRASIL, 2017a p.108).

O Ministério da Saúde ações voltadas para saúde bucal, mental, nutricional, auditiva, ocular, sexual, de prevenção de uso de álcool e outras drogas, prevenção e controle de agravos, visita domiciliares, atendimento individual, ações de participação juvenil, articulação intersetorial deve ser desenvolvida pelas unidades de saúde com o objetivo de atender às necessidades locais e às especificidades da atenção integral ao idoso de ambos os sexos. (BRASIL, 2013b)

No Brasil, apesar do aumento da cobertura do Programa de Saúde da Família, principalmente em regiões menos favorecidas, observa-se a ausência de políticas públicas voltadas para esta população, com lacunas tanto nos programas educativos como nos preventivos, com estímulo do uso de preservativos. Programas que objetivem reduzir a prevalência de depressão nessa população (AMORIM, 2009).

Um estudo descritivo realizado com enfermeiros de quatro Unidades Básicas de Saúde do Município de Fortaleza (Ceará) evidenciou como ações nas práticas do cuidado aos idosos, o acolhimento, desenvolvimento de vínculo, oferta de orientações, favorecimento a autonomia do idoso em relação a própria saúde (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Diante da complexidade do idoso, abordagem deve ser feita de maneira ampla por parte das famílias, religiosos, educadores, profissionais de saúde, no intuito meios de

promover a valorização dessa população, fornecendo-lhes apoio e conhecimento para que tenham autonomia ao realizar suas escolhas sobre sua sexualidade, decidindo as atividades que devem fazer para que este seja de muita alegria, felicidade e realização pessoal para ele e para sua família, não de tristeza e morte (SANTOS, 2018).

2.2 Os cuidados ao idoso depressivo em unidades básicas de saúde

Antigamente, a enfermagem não era tão significativa como nos dias atuais no cuidado com o ser humano frente as doenças, esse processo acontecia através da cura nos templos religiosos. Ademais, com o passar do tempo, deu-se início ao processo de construção de hospitais, sendo assim utilizados como abrigos para indigentes utilizando-se de práticas e técnicas sem conhecimentos científicos (SILVA; FRACOLLI, 2014).

Por conseguinte, com o avanço foram desenvolvidos conhecimentos melhorando a qualidade do atendimento, desenvolvendo técnicas cada vez mais específicas e com enfoques científicos. Mais adiante, com o avanço tecnológico surgiu novos problemas relacionados à saúde do trabalhador e cliente, isso, devido às técnicas exigidas e a burocratização no atendimento que findaram em causar um maior distanciamento entre a equipe e o paciente (SILVA; FRACOLLI, 2014).

Mais adiante, com a mecanização dos trabalhadores nos serviços de saúde no Brasil, geraram uma maior insatisfação por parte dos clientes. Nesse âmbito, percebe-se que o paciente hospitalizado se encontra distante do meio familiar e longe da rotina diária e da sociedade. Sendo assim, o profissional da saúde que está mais próximo do paciente hospitalizado, deve estar mais presente na vida desse cliente em processo de cura da doença (SILVA; FRACOLLI, 2014).

Neste caso, o profissional precisa ter um olhar mais holístico, entendendo que nesse momento o seu comportamento em relação ao paciente é de extrema importância, sempre priorizando as técnicas de cuidado sempre com foco na promoção desta por meio do processo de humanização (BARROS, 2020).

Através da Teoria Humanística de Enfermagem, publicada em 1976, por enfermeiras, norte-americanas ambas as professoras, caracterizam o que significa prática humanística de Enfermagem. Acreditando que Enfermagem só se desenvolve a partir de experiências vividas entre enfermeiro e o paciente que recebe o cuidado (BARROS, 2020).

No entanto, no século XXI, o processo de humanização na saúde se discute muito essa questão no ambiente hospitalar, buscando, portanto, desenvolver atividades para os pacientes com qualidade de acordo com suas necessidades reais dos clientes. Ainda, a humanização na área da saúde tem a necessidade de entender o quão é necessário o olhar com complexidade do ser humano, possibilitando colocar-se no lugar do outro com respeito a dignidade como rege seus princípios (BARROS, 2020).

Além do mais, a Política Nacional de Humanização (PNH), tem como principal objetivo o colhimento, procurando sempre proporcionar um melhor serviço ofertado com a devida atenção aos pacientes e para todas as pessoas independente de qualquer distinção social,



com foco em estabelecer uma relação de confiança e respeito. Assim, sempre com foco em desenvolver um contato próximo ao profissional com maior segurança (BRABICOSKI *et al.*, 2020).

A enfermagem tem como finalidade proporcionar ao idoso um atendimento humanizado, levando o idoso a sentir-se acolhido. Para isso é preciso que o enfermeiro, entenda e procure compreender as necessidades de cada paciente e suas limitações. Buscando para todos a promoção da saúde, através de ações com eficiência nas prevenções de doenças e em suas debilidades físicas (BRABICOSKI *et al.*, 2020).

Para Barros *et al* (2020), o idoso possui um conjunto de sentimento, pois sente emoções, pensa, além de carregar uma história de vida. Desse modo, cabe o enfermeiro cuidar e possivelmente entendê-lo, pois é preciso compreender sua vida. Nesse sentido, esse processo de humanização é classificado como forma de atender as necessidades integrais de uma pessoa, não só na teoria, mas também em ações como: 1. Ser informado acerca do seu estado de saúde, ter respostas para suas perguntas, compreendendo claramente o que o enfermeiro lhe explica; 2. Proporcionar cuidados seguros e eficazes; 3. Respeitar o direito do paciente à privacidade; 4. Diálogo ativo com o paciente respeitando seus horários; 5. Cuidado que proporcionem melhoras em seu tratamento e que respeitem autonomia do idoso hospitalizado; 6. Identificar possíveis riscos de queda, levando o paciente a um agravo de sua saúde; 7. Sigilo de toda informação clínica; 8. Trata-lo com respeito; 9. Acolher ouvindo suas queixas; 10. Respeitando sua cultura, religião e costumes.

Ainda seguindo a responsabilidade do profissional de saúde, ele está ligado diretamente ao paciente, tendo, portanto, o papel de principal autor no atendimento humanizado, prestando um serviço consciente dos cuidados ao idoso. Nesse ponto, o enfermeiro deve contribuir no envelhecimento para que o idoso não sofra discriminações, mas sim, proporcionar um envelhecimento privilegiado com um atendimento humanizado para amenizar o sofrimento e oferecer carinho com foco sempre em um bom relacionamento entre o profissional (BRASIL, 2017c).

O processo de humanização da assistência ao idoso com depressão precisa ser eficiente pela equipe de enfermagem, pois esses profissionais possuem em seu trabalho diário práticas de humanização sendo aspecto fundamental da assistência. Logo, ele possui conhecimentos sobre esse processo devido a suas próprias condutas, com enfrentamento fundamentados em defesa da vida (LIMA, 2018).

Muitos são os fatores que levam um paciente a desenvolver a depressão. Em 2020, o Brasil passa por uma transformação de mudanças na sociedade como jamais visto. A chegada do novo corona vírus aumentou o índice de pessoas com depressão no país (LIMA, 2018).

O COVID-19 é uma doença que tem um alto poder de contágio visto que é transmitido de pessoa a pessoa por gotículas respiratórias contaminadas com o vírus, principalmente ao momento de espirros ou tosse; ou por compartilhamento de objetos pessoais sem a devida higienização. Dentre os sinais e sintomas característicos do quadro, temos:

Cerca de 20% dos casos da COVID-19 são sintomáticos e podem cursar desde sintomas gripais leves, principalmente febre e tosse, até quadros res-

piratórios graves (lesão pulmonar aguda (LPA) e a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) que podem ser fatais. Além disso, algumas pessoas podem manifestar sintomas gastrointestinais, como diarreia e vômito, infecções oculares, arritmias e lesão cardíaca aguda, insuficiência renal e disfunção hepática (BRABICOSKI, 2020, p. 10).

O período de incubação do Sars-Cov-2 é de 5 a 12 dias, porém a transmissibilidade pode ocorrer depois de 7 dias da infecção quando aparecem os sintomas ou antes deste período sem sintomas aparentes. Dentre os agravos que esta doença pode ocasionar está a Síndrome Respiratória Aguda Grave, além de agravamento de problemas cardíacos, hepáticos e intestinais. Grande parte dos pacientes que apresentam alguma morbidade pré-existente, ao contrair a Covid -19 tem a grande possibilidade de agravamento de seu estado de saúde e será necessário a internação e isolamento em uma unidade de tratamento intensivo UTI (LIMA, 2018).

O quadro clínico segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) variava, com infecções assintomáticas a sintomas graves. Cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), restando aproximadamente 20% dos casos detectados com necessidade de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, onde nesse último caso, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. A OMS (Organização Mundial de Saúde) e o Ministério da Saúde recomendam que é necessária de 1 a 3 leitos de UTIs para cada 10 mil habitantes, a fim de oferecer a retaguarda necessária aos casos mais severos (LIMA, 2018).

Nesse sentido, a doença atingiu as pessoas em diferentes níveis de complexidade, sendo os casos mais graves acometidos de uma insuficiência respiratória aguda que requer cuidados hospitalares intensivos. Já no referente as taxas de letalidade e morbidade da COVID-19 na população, pode-se dizer que estas são variáveis entre os países e regiões em virtude dos recursos e estruturas de serviços de saúde e de vigilância, ações, rotinas, suprimentos e disponibilidade e capacidade de realização dos testes (LOPES *et al.*, 2021).

A doença e o isolamento social, causou danos emocionais, onde os idosos foram os mais afetados, incluindo o desenvolvimento da depressão. A depressão é classificada como um transtorno depressivo maior, que afeta as pessoas de todas as idades, onde não se diferencia de uma raça para outra e nem existe correlação entre situação socioeconômica (LOPES *et al.*, 2021).

O transtorno depressivo maior se diferencia do humor triste, pelo fato do indivíduo se manter por 2 semanas consecutivas apresentando pelo menos cinco sintomas que entre eles são: humor deprimido na maior parte do dia; interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas atividades na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, onde pode chegar até o suicídio (LUCENA *et al.*, 2020).

Segundo a organização mundial de saúde (OMS), mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo têm depressão, pesquisas realizadas revelam que 10% dos adultos apresentam depressão e que as mulheres são mais propensas a sofrer com a depressão do que os homens. Estima-se que em 2030 milhões de pessoas estarão sofrendo deste mal do século. Entre esta população existe a de idosos que em razão do aumento do



número dos mesmos a incidência da depressão tardia vem se tornando cada vez mais freqüente. Estima-se que a depressão atinge cerca de 20% dos idosos e geralmente 2% destes está em instituições asilares de acordo com a Organização Mundial de Saúde (LUCENA *et al.*, 2020).

Eles fazem parte de um grupo com alto risco de contágio, quadro clínico mais grave e maior letalidade pela da Covid-19, Se a solidão na terceira idade já era um problema antes mesmo da pandemia, atualmente esse problema ganhou uma nova perspectiva, com milhares de idosos tendo que interromper suas rotinas e atividades (LUCENA *et al.*, 2020).

O “distanciamento social” imposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tem afetado profundamente os idosos que vivenciam sentimento de tristeza, solidão, irritabilidade, inutilidade e até problemas de memória distantes do círculo social, família, amigos, vizinhos, pois as atividades anteriormente realizadas foram temporariamente proibidas para evitar multidões e a disseminação do coronavírus (MAXIMO, 2014).

O cuidado considerado a essência da equipe de enfermagem é de suma importância para que o profissional de enfermagem tenha a devida percepção dos fatores determinantes da depressão em idoso. Todos os fatores sociais terão que ser levados em consideração, tanto no relacionamento interpessoal, como no convívio (LUCENA, 2020).

Assim, o papel do enfermeiro no acompanhamento ao idoso depressivo não se baseia apenas em esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, mas também em ouvi-lo, compreendê-lo e realizar orientações de maneira simples e sem rodeio de modo a facilitar sua compreensão (MAXIMO, 2014).

Observa-se que à realização de atividades físicas elevam a autoestima dos idosos, pois o retira do isolamento além de lhe trazer uma sensação de melhora física. Logo, o enfermeiro deve fazer é explicar os seus pacientes a terceira idade que envelhecer é inevitável, porém sofrer abalos físicos e emocionais por causa disto, não (LUCENA *et al.*, 2020). É relevante a interação de outros profissionais de saúde no acompanhamento ao idoso, assim cabe ao nutricionista receitar uma dieta equilibrada com o escopo da mais sensação de prazer ao paciente, posto que, nesta idade muita são os idosos que se queixam das mazelas de uma má alimentação.

Logo, o idoso deve sentir prazer em suas atividades, e não há nada mais essencial do que se alimentar, devendo esta ser feita de forma adequada, até como forma de promover mais qualidade de vida ao enfermo, que deve ser orientado de quais alimentos deve consumir e principalmente quais evitar (MAXIMO, 2014).

Cumprir destacar, ainda que a realização de atividades físicas e dietas trazem inúmeros benefícios a qualidade de vida do paciente idoso, pois com a adoção destas medidas os sintomas das doenças crônicas tendem a reduzir, como por exemplo, a redução do triglicérido, da gordura corporal, do ganho de massa muscular e do aumento do colesterol ruim (MAXIMO, 2014).

Deste modo, as consequências aduzidas na promoção da qualidade de vida são benéficas ao paciente como preceitua (LUCENA *et al.*, 2020, p. 24): A melhoria obtida na

qualidade de vida é fruto destes aspectos e, também, da melhora sistêmica das demais funções orgânicas como controle das funções intestinais e renais; melhora de força gerando maior disposição e autonomia para realização das atividades de vida diária; restabelecimento do humor/autoestima e, por fim, a ressocialização do indivíduo.

Como grande parte da população brasileira não possui meios para arcar com o tratamento para depressão, pelo fato de necessitar de medicamentos de forma permanente e do atendimento rotineiro de vários profissionais da saúde, compete ao SUS disponibilizar por meios das ESFs atendimento, inclusive domiciliar se necessário (COSTA et al., 2015).

Contudo, infelizmente sabe-se que o sistema de saúde pública nacional é bastante defasado, em virtude tanto da falta de estrutura quanto da contratação de funcionários, assim em muito ainda tem que se evoluir para alcançar o patamar desejado. Um dos grandes desafios dos enfermeiros na promoção de qualidade de vida aos idosos com depressão é retirar a concepção do próprio paciente de que o mesmo é um estorvo, posto que tal sensação o leva a evitar o convívio social (MAXIMO, 2014).

Sabe-se que lidar com uma patologia tal peculiar como esta não é fácil, por isso os cuidadores e familiares destes pacientes devem ter cuidado na forma de tratar, impedindo repassar ao enfermo que o mesmo é um empecilho (COSTA et al., 2015).

Evidencia-se, portanto, os enfermeiros cumprem um papel essencial na adesão ao tratamento dos pacientes idosos, posto que, estes pacientes dificilmente cumprem a risca das medidas estabelecidas no tratamento por ausência de expectativa de vida. Alguns idosos, especialmente, aqueles portadores de depressão e isolados socialmente não costumam fazer planos para o futuro, pois estes acham que por já estarem com certa idade não irão viver mais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos mostrou que, apesar de a depressão ser considerada uma condição psiquiátrica comum em idosos, o diagnóstico e o tratamento da doença são frequentemente negligenciados, deteriorando sua qualidade de vida e aumentando os custos diretos e indiretos, mas a depressão não faz necessariamente parte dele.

O envelhecimento como esse tipo de transtorno do humor pode ser prevenido e tratado, predispondo e favorecendo a ocorrência desse problema de saúde. O enfermeiro tem se mostrado um daqueles profissionais que tem contato mais direto com seus pacientes, por isso é de extrema importância na identificação de sinais de depressão no idoso.

Para o enfermeiro, seriam vias importantes para o alívio dos sintomas do idoso, levando em consideração a importância que cada indivíduo tem para a saúde do idoso, da mesma forma, que a prevalência de depressão em idosos é elevada e que o atendimento a essa faixa etária com tal patologia pelos profissionais ainda é precário, o que geralmente atinge não só os idosos, mas todas as faixas etárias, afetando a qualidade de vida e como o resultado de diversos agravos à saúde prejudica a sobrevivência do indivíduo de forma que o papel de cuidador na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas



torna-se cada vez mais necessário.

Apesar de diversos estudos sobre o assunto, o atendimento aos idosos que necessitam de uma atenção mais integral devido à idade ainda é precário. da equipe de enfermagem, mas de toda a equipe multiprofissional, a fim de dar dignidade a esse público no atendimento médico e reconhecer a complexidade biopsicossocial associada.

Por meio de nosso estudo, podemos constatar que o envolvimento dos cuidadores no manejo do idoso com depressão é de suma importância, tanto na identificação dos sinais e sintomas que sugerem que o paciente está entrando em processo depressivo, quanto na própria Intervenção.

Ao usar instrumentos e escalas que auxiliam na identificação da gravidade e assim nortear suas ações e garantir uma assistência de qualidade, além de utilizar a própria SAE e o processo de enfermagem e suas etapas e uma escuta mais apurada e sensível da sintomatologia do idoso, visto que a sintomatologia depressiva ainda se confunde com o processo de envelhecimento, os cuidados e as intervenções voltam a esse público.

Devido à relevância do tema, recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas com regularidade para manter as atualizações científicas na área, a fim de avaliar sempre como o cuidado ao idoso deprimido é tratado e quais barreiras e dificuldades são apontadas pode apresentar ser resolvido.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Falando sobre depressão**. 2011. Disponível em: http://www.abpcomunidade.org.br/vida_melhor/folders/arquivos/ABP.COM_Folder_depressão_FINA.PDF. Acesso em 23 out 2021.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020427, 2020.

BEAUVOIH, Simone de. **A velhice – tradução de Maria Helena Franco monteiro**. Rio de Janeiro: nova Fronteiras, 2020.

BRASIL. Constituição (2013). **Constituição da República Federativa** do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº10.741, de 1ª de outubro de 2003. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2014, 44p.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011 disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf acesso em: 19 out 2021

BRASIL. Ministério da saúde. **boletim epidemiológico de HIV/ Aids**. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | dez. 2019 file:///C:/Users/HP/Downloads/boletim_hivaid_2019%20(1).pdf acesso em: 20 out 2021

BRASIL. Ministério da saúde. **relação nacional de medicamentos essenciais 2020**. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília _ DF. 2019. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.p df acesso em : 27 out 2021

BRASIL. Ministerio da Saude. Saúde sexual e reprodutiva. **Caderno da atenção básica n 26** . brasilia- DF. 2013b https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf acesso em 24 out 2021

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de atenção básica. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica**. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Brasília DF. 2017c.

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, 2012b. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> acesso em : 20 out 2021

BRABICOSKI, Caroline Vezine et al. As práticas atuais de cuidado em saúde mental no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 98977-98989, 2020.

CACCIACARRO, M.F.; Macedo RMS. **A família contemporânea e seus valores: um olhar para a compreensão parental**. *Psicol.rev (belo horizonte)* vol.24n 2 belo horizonte maio/ago.2018 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v24n2/v24n2a02.pdf> acesso em 9/8/ 2020

CORAZZA, M. A. **Terceira Idade & Atividade Física**. 1. ed., São Paulo: Phorte, 2015.

FERNANDES, Barbara Lourenço Vargas. **Atividade Física no processo de envelhecimento**. Revista Portal de Divulgação, n. 40, 2014.

FREITAS, E.V et al. **Manual pratico de Geriatria**.1ed.Rio de Janeiro: A.C Farmaceutica, 2012.

GOMES, Vera Lúcia; Costa, Daniele Ferreira da; Silva, Camila Daiane; Martins Pinheiro, Taimara; Souza, Catharine Silva. **Atendimento em uma unidade básica de saúde: estudo com foco na saúde sexual de adolescentes do município de Rio Grande/RS** . *Enfermería Global* n 31, julho. 2013 http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_docencia2.pdf acesso em : 21/08/2020

GUIMARÃES JMX; JORGE MSL; ASSIS MM. (in) satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em centros de atenção psicossocial. **rev ciência & saúde coletiva** , 16(4) 2145- 2154, 2011 <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf> acesso em: 15/11/2020

JARDIM; Sílvia: Depressão e trabalho ruptura de laço social. **Rev. Bras. Saúde ocup. São Paulo, 36 (123):84-92, 2011.**

JURUENA; F Mario, et al: Estudos latino americanos sobre melancolia: Um transtorno do humor melhor definido para o CID11. **Rev.Bras.psiq.** vol.33.supl. mai/2011.

LEITE; Lopes valéria. **Familiares e sua Relação com idoso Institucionalizado**: Proposta de um programa psicoeducativo, Niterói, RJ, 2013.

LEANDRO, Rubênia Silva et al. **Intervenção terapêutica ocupacional na depressão em idosos: um fator indicativo para Alterações cognitivas**. 2011. Disponível em: <http://www.cbtoeclato2011.com.br/cd/resumos/TC0435-3.pdf>. Acesso em: 02 de Fevereiro de 2014.

LIMA, Maurício silva de. Epidemiologia e impacto social. **Rev.Bras.psiquiater.** [online].2018, vol.21, suppl, pp.01-05.ISSN1516-4446

LOPES, Ribeiro J.P,et al. Depressão e Qualidade de vida em **Idosos no Sul do Brasil**. **Revista de psiquiatria do rio grande do Sul**. 2021

LUCENA, N.M.G.et.al. Analise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. **Fisioterapia Brasil**, v3 n.3 p.164-169, maio/jun 2020

MAXIMO, Geovane da Conceição. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmag.br>.Acesso em fevereiro de 2014.



MAYWORM, Thamyris Corrêa Coelho; SILVA, Mârcio Cabral Da; NETO, Érica Pereira. Estudo da influência de diferentes tipos de exercícios físicos na qualidade de vida e no índice de medo de quedas de idosos. **FIEP Bulletin Online**, v. 85, n. 2, 2014.

SADOCK, Benjaminj. **Manual de Psiquiatria Clínica**. 5. ed. Porto Alegre:Artmed. p 585,2012.

SANTOS, Raimunda Nonata Costa Dos. **NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB):** principais desafios, conquistas e expectativas do profissional de enfermagem no Brasil. Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade do Maranhão, São Luís. 2018.

SILVA, M. L. S. **Idoso dependente: Representações do cuidar familiar sobre o cuidar. Dissertação (Mestrado)**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate** | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, Out-Dez 2014

VAZ. Sérgio Felipe Alves e GAPAR, numo Miguel Soares. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Rev. Enf. Ref.[online]**. 2011, vol.n.4, pp.49-56. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org>

VALCARENGHI, R.V et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta .paul Emferm**. 2011;24(6):828-33

CAPÍTULO 49

ADESÃO AO TRATAMENTO: VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS

***ADHERENCE TO TREATMENT: EXPERIENCE OF ADOLESCENTS
WITH HIV/AIDS***

Álex Costa Assunção¹

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A adolescência é a fase das muitas descobertas, conhecida com a segunda década segundo a OMS. Para muitos a adolescência é uma fase muito fácil de se viver e de se lidar, mas ao contrário do que a maioria pensa não é uma tarefa muito fácil assim. Na busca de adolecer, nesse complexo processo, o adolescente assume uma nova identidade pois começa o processo de descoberta da sexualidade no qual o jovem começa a sentir mudanças físicas e psicológicas. Pensar sobre sexualidade na segunda década da vida exige um olhar mais crítico sobre os diversos sentidos e descobertas, pois continua sendo um tabu falar de sexualidade na adolescência. O número de casos do vírus da imunodeficiência humana vem crescendo entre adolescentes e jovens nos últimos anos. Diante do exposto, surgiu a questão norteadora: qual a importância do acolhimento do enfermeiro e da adesão ao tratamento para com o paciente que descobre ser portador de HIV/AIDS? O objetivo geral do estudo foi discorrer sobre a importância da abordagem e acolhimento para adesão ao tratamento de adolescentes e com HIV/AIDS. Os objetivos específicos foram dispostos em: decorrer sobre a educação sexual e compreender os motivos no qual está levando os adolescentes a buscar uma vida sexual mais cedo; descrever a abordagem ao reportar o resultado/diagnóstico ao paciente e decorrer sobre adesão ao tratamento e vivência dos adolescentes portador de HIV/AIDS. Tratou-se de revisão de literatura, com busca de estudos na base de dados da SCIELO, GOOGLE ACADEMICO, SCIELO, BIREME, BDENF, a partir do cruzamento dos descritores: adolescentes; HIV/AIDS; adesão; TARV. Para organização do estudo, buscou-se publicações dos últimos 10 anos, na língua portuguesa, na íntegra e que estavam relacionados com o tema proposto, e como critério de exclusão os artigos que estavam em outro idioma e incompleto. Para tanto, encontrou-se 35 estudos, onde 15 foram excluídos, totalizando 20 para a amostra final deste estudo.

Palavras-chave: Adolescente. Sexualidade. Hiv. Aids. Adesão.

Abstract

Adolescence is the phase of many discoveries, known as the second decade according to the WHO. For many, adolescence is a very easy phase to live and to deal with, but contrary to what most people think, it is not such an easy task. In the quest to become an adolescent, in this complex process, the teenager assumes a new identity as the process of discovering sexuality begins in which the young person begins to feel physical and psychological changes. Thinking about sexuality in the second decade of life requires a more critical look at the various senses and discoveries, as it remains a taboo to talk about sexuality in adolescence. The number of cases of the human immunodeficiency virus has been increasing among adolescents and young people in recent years. In view of the above, the guiding question arose: what is the importance of the nurse's reception and adherence to treatment for the patient who discovers he has HIV/AIDS? The general objective of the study was to discuss the importance of the approach and reception for adherence to treatment of adolescents and those with HIV/AIDS. The specific objectives were arranged as follows: discuss sex education and understand the reasons why adolescents are seeking a sexual life earlier; describe the approach when reporting the result/diagnosis to the patient and discuss adherence to treatment and experiences of adolescents with HIV/AIDS. This was a literature review, with a search for studies in the SCIELO, GOOGLE ACADEMICO, SCIELO, BIREME, BDENF databases, based on the crossing of the descriptors: adolescents; HIV/AIDS; accession; ART For the organization of the study, we searched for publications from the last 10 years, in Portuguese, in full and that were related to the proposed theme, and as an exclusion criterion, articles that were in another

language and incomplete. Therefore, 35 studies were found, of which 15 were excluded, totaling 20 for the final sample of this study.

Key-words: Adolescent. Sexuality. Hiv. Aids. Accession.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se que a infecção pelo HIV/AIDS está sendo considerado de forma crônica e com um viés evolutivo e crescente, porém com um desenvolvimento controlável. O surgimento dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, o contágio em massa tem desafiado a sociedade, o sistema de saúde e seus profissionais que noite e dia buscam um jeito de combater essa epidemia, tanto no viés da assistência quanto na prevenção.

Analisa-se que cerca de mais da metade das infecções por HIV/AIDS que são vistas nos dias atuais acometem os adolescentes e jovens entre 15 e 24 anos. Entretanto os milhões de jovens e adolescentes infectados continuam sendo desassistidos quando se fala das estratégias e estabelecem políticas sobre o HIV/AIDS. Compreende-se que cerca de 11 milhões de adolescentes e jovens vivem hoje com HIV/AIDS em todo o mundo. A cada dia o número de infectados é crescente, cerca de 6 mil adolescentes e jovens são infectados, porém uma parte desses adolescentes são cientes da sua verdadeira situação.

A pesquisa visa enfatizar a importância da família e a abordagem da equipe de enfermagem nessa fase da vida dos adolescentes, pois todas essas incertezas, medo e ansiedade podem gerar novos problemas. Pontos de vistas médicos, psicólogos e social, mostram que pessoas principalmente adolescentes precisam muito mais do que somente uma indicação de regime terapêuticos e exames laboratoriais. O diálogo entre família e equipe é fundamental para a adesão do adolescente aos diversos tipos de métodos utilizados para prolongar a saúde do paciente. E tudo se inicia no acolhimento com todos que fazem parte dessa família, a chamada terapia família.

Assim os profissionais precisam realizar melhorias na acessibilidade e abordagem tanto dos infectados quanto das pessoas que estão em risco de infectar-se. No cenário do HIV/AIDS em adolescentes, o papel do enfermeiro vai ser de muita significância. Esse estudo vai abordar e analisar as necessidades do paciente nas relações do cuidado e prevenção da vida diante dos confortos e desconfortos, no acolhimento do mesmo ao saber do resultado, pois tais mudanças envolvem adaptações a novas vivências.

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar sobre a importância da abordagem, acolhimento e compreender o processo de aceitação/adesão ao tratamento do adolescente que é diagnosticado com HIV/AIDS. Os objetivos específicos foram elencados para: entender a educação sexual e compreender os adolescentes buscando a vida sexual cada vez mais cedo; analisar o processo de abordagem ao revelar o resultado do diagnóstico; e decorrer sobre a adesão ao tratamento de adolescentes que descobrem o diagnóstico positivo para HIV/AIDS.

O estudo é de cunho qualitativa pois vai nos permitir descobrir o significado de ações, eventos e práticas sociais dos adolescentes, será feita por meio de Revisão de Literatu-



ra a partir da dimensão de vivência dos adolescentes mediante a infecção pelo vírus do HIV/AIDS visando a educação nas escolas, transição da sexualidade e o tratamento após o diagnóstico. A revisão será feita nas bases de dados SCIELO, GOOGLE ACADEMICO, SCIELO, BIREME, BDEF. Os trabalhos serão selecionados de acordo com a pertinência do tema proposto e será considerado os trabalhos publicados nos últimos 10 anos, visando a atualidade da pesquisa. As palavras chaves utilizadas na busca dos trabalhos serão em língua portuguesa como: Adolescentes com HIV/AIDS, Educação sexual na escola, Revelação do diagnóstico de HIV/AIDS e Adesão ao tratamento. Com base nos resultados e conclusões, analisaremos diretrizes e recomendações que visam direcionar a prática das equipes de enfermagem que atuam junto a esse segmento de adolescentes que recebem o diagnóstico de HIV/Aids e uma melhor abordagem aos pacientes. Essa abordagem vai pautar-se no fato de aproximar a realidade vivida pelos adolescentes. Embora essa realidade seja bem mais complexa do que o estudo pode abordar.

2. ADESÃO AO TRATAMENTO E A VIVÊNCIA DE ADOLESCENTES COM HIV/AIDS HIV/ AIDS: EPIDEMIOLOGIA

O vírus HIV é o causador da doença Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos. Assim, suscitaram-se respostas e comportamentos coletivos, os quais embasaram a definição das estratégias e políticas oficiais em seus diversos contextos.

Como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, a AIDS, no Brasil, constitui-se em um espaço metodológico relevante, na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro se organizaria e estabeleceria as políticas de saúde pública (FERRAZ, 2010).

A pandemia, que hoje se propaga, provém da sobreposição de duas epidemias diferentes, provocadas por dois agentes distintos: HIV-1 e HIV-2. São parentes colaterais, pois as sequencias de seus genomas não podem ser descendentes um do outro (GRMEK, 2015).

Os primeiros casos de AIDS surgiram em 1981, nos Estados Unidos, a partir da divulgação pela imprensa de que um novo mal poderia estar se alastrando na comunidade de homossexuais do país. Em 1982, com a verificação do possível mal em cidadãos do Haiti e em pessoas hemofílicas, chegou-se à conclusão de que o agente infeccioso estava ligado ao sangue e foi sugerida a sigla AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, para nomear a doença (SOUZA, 2015).

Teorias discutidas em um congresso nos Estados Unidos, em 1999, apostam que o HIV foi transmitido ao ser humano por uma espécie de chimpanzé, possivelmente por meio do sangue que saiu de um arranhão. O período médio entre a infecção e o aparecimento dos sintomas vai de oito a 11 anos, mas o vírus pode ser detectado no sangue do paciente já nas primeiras semanas ou no máximo em cerca de seis meses após a infecção.

O período entre a infecção e o surgimento dos sintomas varia de pessoa para pessoa.

Hoje, há diversos tratamentos capazes de retardar o dano que o HIV pode causar ao organismo (BRASIL, 2010). Após 20 anos de sua descoberta, o vírus HIV já matou mais de 28 milhões de pessoas em todo o mundo e ainda não foi descoberta uma cura para a doença.

A 18 prevenção continua sendo a única defesa contra ela, embora os coquetéis aumentem a expectativa de vida das pessoas contaminadas (BRASIL, 2010). A sigla AIDS ou HIV traz consigo diversas consequências psicossociais para a vida de seus portadores e, inclusive, adquire importantes conotações no âmbito familiar ou na relação social entre as pessoas; assumir ser portador do vírus para a família gera elementos emocionalmente muito fortes os quais podem desencadear modificações individualizadas e ocasionar um abalo emocional em todos os envolvidos (BOTTI et al., 2009).

A condição crônica provoca mudanças em diferentes âmbitos da vida cotidiana, alterando o ritmo e a direção do processo de viver, ao longo do tempo, incluindo os aspectos físicos, sociais e emocionais. As seguintes características são identificadas: a persistência e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes, o crescente aumento no mundo; o forte impacto causado por elas, tanto nos serviços de saúde quanto na vida das pessoas e de suas famílias, com consequências econômicas e sociais.

O impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversas áreas na vida das pessoas. Enfrentar este problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV/AIDS. A pesquisa sobre a qualidade de vida de pessoas portadoras de uma doença incurável revela-se como uma estratégia de conhecimento de uma realidade, muitas vezes difícil de ser demonstrada e, por isso, deve ser acompanhada para ser vivenciada (MEIRELLES et al., 2012).

2.1 HIV/AIDS no Brasil

Os anos de 1970 a 1982 caracterizam-se como sendo a “pré-história” da AIDS no Brasil, período em que a doença se inseriu e foi construída uma ideia acerca da mesma, considerando-se os aspectos políticos, sociais e culturais. Referido período é aquele que antecede, no país, o conhecimento público e institucional da doença, caracterizando-se por confluir todos os aspectos para o início da epidemia e construção das respostas políticas acerca dela.

Desse modo, os primeiros casos foram oficialmente registrados em julho de 1982, no Estado de São Paulo; no entanto, mais tarde, um estudo retrospectivo indicou uma ocorrência da doença, também em São Paulo, mas datada de 1980, ano este que passou a ser 19 considerado o termo inicial de todas as análises epidemiológicas sobre o HIV, no Brasil (SOUZA, 2015).

Em 1983, no Brasil, foi diagnosticado o primeiro caso de AIDS em uma criança e em pessoas do sexo feminino. Os homossexuais usuários de drogas injetáveis eram considerados como difusores da doença para os grupos heterossexuais. Nesta mesma época houve o acometimento de profissionais da saúde diagnosticados com AIDS e iniciou-se a pesquisa para se descobrir a origem viral da doença.



No ano de 1984, descobriu-se que o causador da AIDS era um retrovírus, ou seja, um vírus mutante, que vive conforme o meio e, assim, foi possível validar a transmissão viral da AIDS (ZALESKI apud FERRAZ, 2010). Com isso, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo propôs o primeiro Programa de Controle da AIDS no Brasil.

Em 1985 foi criada e fundada a primeira organização não governamental de luta contra a AIDS, a pioneira no Brasil e América Latina, definida como Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA). Concluiu-se que a AIDS é a forma da doença após a transmissão do vírus descrito como HIV e, ainda em 1985, foi diagnosticado o primeiro caso de transmissão vertical da mãe portadora do vírus para o bebê; a partir disso, iniciou-se a disponibilização do teste anti-HIV para diagnóstico e diante da considerável expansão da doença caracterizaram-se – ao invés de grupos de riscos – comportamentos de riscos para a transmissão do HIV (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

A terceira fase ocorreu durante os anos 1987 a 1989, com a criação do Programa Nacional de AIDS. O enfrentamento à epidemia de AIDS finalmente começou a ser construído, há quase dois anos após ser reconhecida pelo Ministro da Saúde como um problema de saúde pública emergente no país (SANTOS, 2015).

A fase final iniciou em 1993 e perdura até hoje, caracterizada pela promoção de acordos internacionais. Dentre os principais, estão aqueles feitos com o Banco Mundial, que passou a ser o grande mantenedor das ações programáticas referentes ao confronto com o HIV/AIDS; nessa fase também, maiores recursos foram catalizados para a implementação de respostas mais efetivas e céleres, bem como foram propostos modelos mais econômicos para nortear a política nacional contra a AIDS (FERRAZ, 2010).

O Brasil vem sendo reconhecido por possibilitar, desde 1996, a distribuição gratuita e universal dos antirretrovirais para portadores de HIV, o que acarretou na significativa diminuição nas taxas de mortalidade, morbidade e também a quantidade de internações em decorrência das complicações da infecção; foi possível se observar ainda uma redução importante na quantidade de infecções oportunistas associadas ao HIV-1, mostrando a mudança da gravidade da doença, que passou a assumir características de menor letalidade e maior cronicidade (GRECO, 2008).

Segundo o SUS, Sistema Único de Saúde, o Brasil registrou, em 2015, recorde no número de pessoas em tratamento de HIV e aids: 81 mil brasileiros começaram a se tratar no ano passado, o que correspondeu a um aumento de 13% em relação a 2014, quando 72 mil pessoas aderiram aos medicamentos. De 2009 a 2015, o número de pessoas em tratamento no SUS aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil pessoas. Isso significa que, em seis anos, o país praticamente dobrou o número de brasileiros que fazem uso de antirretrovirais (BRASIL, 2016).

Esse resultado também significa que o Brasil já atingiu uma das três metas de 90-90-90, pactuadas pelo UNAIDS, que têm como objetivo tratar 90% das pessoas vivendo com HIV e AIDS, tratar 90% destas e que 90% tenham carga viral indetectável até 2020 em todo o mundo. Esses números mostram o progresso rumo às metas 90-90-90 que, pela primeira vez, constatou que mais da metade de todas as pessoas que vivem com HIV no mundo (53%) agora têm acesso ao tratamento do HIV. Além disso, as mortes relacionadas à AIDS caíram quase pela metade desde 2005 (UNAIDS, 2016).

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sinan 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2017). Os casos de HIV notificados no Sinan, no período mencionado acima, corresponderam a um total de 131.969 (67,9%) em homens, 62.198 (32,1%) em mulheres e 108.134 casos em gestantes. No mesmo período, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos (BRASIL, 2017).

Conforme os dados do Ministério da Saúde (2017), no Brasil, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV no período de 2000 até junho de 2017. Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro Oeste. A taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha.

Em 2012, foram distribuídos 366.910 testes de HIV para gestantes, enquanto em 2017, somente até o mês de outubro, já haviam sido distribuídos 3.350.440 testes. Em um período de dez anos, houve aumento de 23,8% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2016, passou para 2,6/mil nascidos vivos. A tendência de crescimento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, com taxa de 2,2 casos/mil nascidos vivos em 2006 e 2,0 em 2016. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa: ambas apresentavam taxa de 1,2 em 2006, passando para 2,9 e 2,0 casos/mil nascidos vivos em 2016, respectivamente. Em 2016, a região Sul mostrou a maior taxa de detecção (5,6 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões aproximadamente 2,2 vezes maiores que a taxa do Brasil (BRASIL, 2017).

2.2 Adesão ao tratamento antiretroviral

A adesão em doença crônica na adolescência é um desafio para a equipe de saúde, familiares e para o próprio paciente. Estudos demonstraram que aproximadamente 50% dos adolescentes com condições crônicas não aderem às recomendações médicas. Estudo longitudinal de coorte de adolescentes infectados pelo HIV via sexual ou por drogas injetáveis encontrou 41% de adesão completa e mostrou que pacientes que tomam mais que 80% das medicações prescritas são apenas 46%. É interessante notar que essa taxa é consistente com estimativas de adesão em outras doenças crônicas e apoia a ideia de que má adesão é um comportamento comum, mesmo em uma doença grave como a infecção pelo HIV. MINISTERIO DA SAÚDE (2013).

De acordo com Gerschenson et al. (2000); Heidari et al. (2011); Brasil, (2017) con-



forme citado por RIBEIRO, (2020) Para crianças e adolescentes, a adesão ao tratamento é mais complicada devido a diversos fatores, como: preconceito sofrido na escola e por amigos, atraso no desenvolvimento cognitivo e físico, desafios na comunicação entre pais e filhos, cuidadores com dificuldades em relação ao tratamento e também efeitos adversos aos ARV, por isso é preciso ter uma preocupação maior e também mais esforços dos pais/responsáveis e médicos. A adesão a um medicamento envolve sua tomada na dose e frequência prescritas. Por outro lado, além do uso correto de medicamentos a adesão ao tratamento, compreendida de modo integral, envolve também a realização de exames e consultas conforme solicitados (BRASIL, 2013).

A terapia medicamentosa possui características quanto à quantidade de ARV, apresentação, horários e frequência, o que implica a não adesão (12). Os medicamentos de uso contínuo são definidos como uma "prisão" para as pessoas com HIV/aids cujas vidas estão diretamente ligadas aos horários, esquemas e dosagens exigidos pelo TARV. Além disso, a complexidade da terapêutica medicamentosa interfere na adaptação do cotidiano dessas pessoas quanto às reformulações na alimentação, horários e ritmo diário para cumprir o tratamento (MOTTA et al., 2013).

De acordo com Motta et al. (2013) os adolescentes e os familiares buscam caminhos e estratégias para que os adolescentes e jovens tomem doses fora do horário escolar, o que possibilita a privacidade do seu tratamento e o sigilo do seu diagnóstico. Motta et al. (2013) ainda acrescenta em sua pesquisa, tomar o medicamento fora do domicílio revela uma dificuldade, ou seja, uma barreira relacionada a fatores sociais e ao estilo de vida desse adolescente, pois muitos se acham na obrigação de esconder o medicamento de amigos e até mesmo de familiares.

O esquecimento também é frequentemente atribuído pelos pacientes como motivo para a não adesão. A medicação é uma das representações mais fortes da doença. E esquecer-se dos remédios pode significar querer esquecer que tem a doença. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

A literatura tem documentado associação direta entre má adesão e a complexidade do esquema posológico. O número de diferentes medicamentos no mesmo regime, as inúmeras pílulas que devem ser tomadas diariamente, limitações dietéticas, interferência com a rotina do paciente e os potenciais efeitos adversos que muitos pacientes experimentam estão associados com a falência ao tratamento ARV. Outro importante aspecto da adesão é a percepção do adolescente sobre os benefícios diretos do tratamento que está recebendo. A presença de efeitos colaterais leva à descontinuação da terapia e à aquisição de sentimentos ruins relacionados ao tratamento. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse momento da adolescência, que é de travessia do núcleo familiar para o âmbito social, os laços afetivos e amorosos-sexuais são importantes, principalmente no contexto de uma doença que carrega o estigma e a discriminação. Deve ser construída rede de apoio em torno do jovem que vive com HIV/aids, para que ele disponha de todos os recursos possíveis e de forma individualizada. Para o atendimento global à saúde do adolescente que vive com HIV/aids, é necessária equipe multiprofissional, que permita a contribuição de várias áreas do conhecimento no atendimento de cada caso, construindo juntos a melhor estratégia para cada indivíduo, reconhecendo sua especificidade de incluindo-o nessa construção (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), em sua cartilha de Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS faz uma reflexão entre equipe de saúde e paciente no qual estabelece como ponto central para qualquer ação. Sem um vínculo entre o adolescente e o profissional que o assiste não se cria o espaço necessário para que o adolescente fale sobre suas dúvidas, medos, angústia e até mesmo o não uso da medicação e não há a confiança necessárias para os pactos de saúde essenciais ao sucesso terapêuticos.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV, lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde, o tratamento antirretroviral é recomendado independentemente do número de células CD4 do indivíduo (células mais frequentemente infectadas pelo HIV). Ele ajuda na diminuição da carga viral ou sua manutenção em nível indetectável, e melhora a expectativa e a qualidade de vida do paciente. Também é uma das formas mais eficazes de evitar novas infecções, já que a carga viral indetectável reduz em até 96% a chance de transmissão do HIV por via sexual (UNICEF, 2017).

Efeitos indesejáveis, como náuseas, dores de estômago, mal-estar e gosto ruim e quantidade de comprimidos ingeridos, foram relatados como barreiras para uma boa adesão. Estados depressivos, irritabilidade, nervosismo, estresse, conflitos familiares e sentimento de revolta por não aceitação da doença também foram associados com os momentos de perdas de doses ou interrupção do tratamento medicamentoso (GALANO et al., 2015).

Obstáculos Dimensão objetiva	Obstáculos Dimensão subjetiva
<ul style="list-style-type: none"> • Interferência nas atividades cotidianas: interrupção do sono; • Efeitos indesejáveis: náuseas, dores de estômago e mal-estar; • Características dos medicamentos: palatabilidade e quantidade de comprimidos ingeridos; • Crença de que os antirretrovirais ocasionam prejuízos à saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Estados depressivos, irritabilidade, nervosismo e estresse; • Sentimento de revolta e não aceitação da doença; • Conflitos familiares; • Tomar as medicações atua como lembrete do HIV, condição que desejam esquecer

TABELA 1: Cuidados com a saúde e tratamento: obstáculos
Fonte: MS (2015)

Os objetivos do tratamento antirretroviral são reduzir a morbidade e mortalidade e prevenir a transmissão do HIV para outras pessoas.^{26,27} Para atingir esses objetivos, o tratamento deve resultar em supressão máxima do HIV. Desse modo, a adesão ao tratamento é condição essencial para o seu sucesso e deve ser discutida desde a primeira consulta. NETO et al, (2021).

O suporte à adesão é um processo contínuo, dinâmico, que ocorre ao longo do acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids. Cada contato com a equipe de saúde deve ser visto como uma oportunidade para avaliar e estimular a adesão. O trabalho em adesão deve ser entendido como uma parceria estabelecida entre a equipe interdisciplinar e o usuário, a família e a rede de apoio, na perspectiva de corresponsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e melhoria de qualidade de vida (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

2.4 Vivência dos adolescentes com HIV/AIDS

De acordo com Galano et al. (2015), “ser normal” e “ser diferente” foram questões centrais que permearam seu estudo. A referência à normalidade evidenciada pelas narrativas que igualam seu cotidiano ao de outros adolescentes que não convivem com doenças crônicas: eles trabalham, estudam, passeiam e interagem com parentes e amigos.

Segundo Galano et al. (2015), entretanto, a condição de “ter uma vida normal” é garantida mediante a responsabilidade dos cuidados com a saúde e a ressalva de que seja mantido o segredo do diagnóstico.

Além de enfrentar os desafios comuns a essa fase da vida, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids têm ainda que conviver com o preconceito. A discriminação pode acontecer na escola, na rua, dentro da própria família, no grupo de amigos, ou mesmo nos serviços de saúde, o que faz com que boa parte deles esconda o fato de viver com HIV (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

Os adolescentes expressam uma compreensão das possibilidades e vivências da sexualidade que depende do amadurecimento cognitivo, emocional e também da abertura ao diálogo na família, na escola, entre os pares, com os profissionais no serviço de saúde e na mídia (MOTTA et al., 2014).

Ao se pensar em sexualidade, observa-se que, como qualquer outra pessoa dessa idade, os adolescentes e jovens necessitam ser aceitos pelos amigos e se sentirem à vontade para namorar. Só que o fato de viver com o HIV potencializa o medo de serem rejeitados pelos seus pares e namorados, especialmente ao perceberem o mundo preconceituoso em que vivem, no qual “ter aids” ainda é um estigma (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013).

É imprescindível refletir sobre as repercussões desse silenciamento na vida dos adolescente somada a sua condição de saúde, porque, nessa etapa da vida, a escola é, para a maioria deles, o espaço mais frequentado (MOTTA et al., 2013). De acordo com Motta et al. (2013), fica evidente a necessidade de estratégias que promovam uma boa vivência escolar na vida desses adolescentes que lidam com o medo de discriminação e do rotulo do seu viver.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hiv/Aids é considerado uma condição crônica devido o aumento da sobrevida dos paciente e tal avanço nesse processo foi graças ao tratamento antirretroviral. Porém precisa-se atentar que uma não adesão se torna uma preocupação de saúde pública, uma vez que pode espalhar cepas resistentes ao antirretroviral. Por se tratar de uma doença perigosa e que traz muitos estigmas e discriminação o TARV se torna uma oportunidade, um meio de superar obstáculos pois está ligada a aceitação da patologia.

O grande desafio da equipe de saúde é construir um vínculo de parceria com o ado-

lescente e jovem para que o mesmo esteja inserido no processo de desenvolvimento do seu tratamento e para que seja seguido corretamente. Para isso é preciso estabelecer vínculo com o paciente, ter confiança no tratamento e na equipe e principalmente vontade de viver.

Assim, cabe a equipe de saúde se capacitar de forma direcionada para que consigam dar uma assistência adequada e que possam trabalhar em conjunto com a família do adolescente e jovem, uma vez que o HIV/AIDS não afeta somente o paciente e sim todos as pessoas que convivem com o paciente.

Ao refletir sobre a não adesão medicamentosa precisa-se repensar as práticas de de saúde, centradas no modelo biomédico, para que de forma certa pode-se organizar de forma planejada um cuidado integral para este adolescente e jovem bem com sua família, visando caminhos que minimizem os impactos decorrentes de aspectos físicos, psicológicos, emocionais e principalmente familiar.

Referências

ARAÚJO, Priscila França de. A ESCOLA COMO LOCUS DE EDUCAÇÃO SEXUAL E PREVENÇÃO DAS DST/ HIV/AIDS: COMUNICAÇÃO E DIÁLOGO ENTRE PROFESSORES, PAIS E ALUNOS ADOLESCENTES. **UNIFOR**, [s. l.], 2014. Disponível em: 2014. Acesso em: 2 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, **O que é HIV?**, 2006, Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de Adesão ao Tratamento de Pessoas vivendo com HIV e Aids**, Programa de Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008, p 133.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de Rotinas para Assistência a Adolescentes vivendo com HIV/AIDS**, Programa de Nacional de DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006, p 176. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021667.pdf>

GARCIA, Esmely Cabrera; COSTA, Ivoneide Ribeiro; OLIVEIRA, Regina Celia de; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; GÓIS, Amanda Regina da Silva; ABRÃO, Fátima Maria da Silva Abrão. Representações sociais de adolescentes sobre a transmissão do HIV/AIDS nas relações sexuais: vulnerabilidades e riscos. **Representações sociais de adolescentes sobre a transmissão do HIV/AIDS nas relações sexuais: vulnerabilidades e riscos**, [s. l.], 2021. Disponível em: 2021. Acesso em: 30 abr. 2022.

GALANO, Eliana; TURATO, Egberto Ribeiro; DELMAS, Philippe; CÔTÉ, José; GOUVEIA, Aida de Fátima Thomé Barbosa; SUCCI, Regina Célia de Menezes; MACHADO, Daisy Maria. Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. **REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA**, [s. l.], 2015. Disponível em: 2015. Acesso em: 2 maio 2022.

LIRA, JAQUELINE DAYANE. **O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES NO CONTEXTO DO HIV/AIDS**. 2009. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, Vitoria de Santo Antão, 2019. Disponível em: <https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/32052/1/LIRA%2C%20Jaqueline%20Dayane%20de.pdf>

LARA, Lucia Alves da Silva; ABDO, Camila Helena Najjar. Aspectos da atividade sexual precoce. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], maio 2015. Disponível em: maio 2015. Acesso em: 1 abr. 2022.

LUZ, Araci Asinelli- *et al.* Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. **Proposições**, [s. l.], 2008. Disponível em: 2008. Acesso em: 1 abr. 2022.

MINISTERIO DA SAUDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: HIV/Aids 2020.



HIV/Aids 202, [s.l.], 2020. Disponível em: 2020. Acesso em 30 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, [s. l.], 2013. Disponível em: 2013. Acesso em: 1 maio 2022.

MOREIRA, Morvan de Mello. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. **Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP**, [s. l.], 2002. Disponível em: 2002. Acesso em: 1 abr. 2022.

MOTA, Maria da Graça Corso da; PEDRO, Eva Neri Rubim; PAULA, Cristiane Cardoso de; COELHO, Débora Fernandes; RIBEIRO, , Aline Cammarano; GREFF, Aramita Prates; PADOIN, Stela Maris de Mello; POLETTI, Paula Manoela Batista; RIBERIO, Nair Regina Ritter; ISSI, Helena Becker; NEVES, Eliane Tatsch; WACHHOLZ, Neiva Isabel Raffo; KREITCHMANN, Regis; KRUE, Aline Goulart. O silêncio no cotidiano do adolescente com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], 2013. Disponível em: 2013. Acesso em: 1 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **HIV/Aids | 2020**, [s. l.], 2020. Disponível em: 2020. Acesso em: 2 abr. 2022.

NETO, Lauro Ferreira da Silva Pinto; PERINI, Filipe de Barros; ARAGÓN, Mayra Gonçalves; FREITAS, Marcelo Araújo; MIRANDA, Angélica Espinosa. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Concenso**, [s. l.], 2021. Disponível em: 2021. Acesso em: 2 maio 2022.

HUGO, T.D.O et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Estudo Sobre Início Precoce da Atividade Sexual do Distrito Simão Campos**, [S. l.], p. 2207-2214, 5 nov. 2011. Disponível em: 2011. Acesso em: 1 abr. 2022.

RAMOS, Maria Isabela Alves. **Estudo Sobre Início Precoce da Atividade Sexual do Distrito Simão Campos**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade federativa de minas gerais, [S. l.], 2014. Disponível em: 2015. Acesso em: 1 abr. 2022.

SEIDL, Eliane Maria Fleury et al. **Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento**. Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]. 2005, v. 21, n. 3 [Acesso em 31 Outubro 2021], pp. 279-288. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722005000300004>>. Epub 09 Feb 2006. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722005000300004>.

SOUSA, Leilane Barbosa de; FERNANDES, Janaina Francisca Pinto; BARROSO, Maria Graciela Teixeira. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], 2006. Disponível em: 2006. Acesso em: 1 abr. 2022

UNESCO (Brasil). UNESCO BRASIL. AIDS: O QUE PENSAM OS JOVENS: Políticas e Práticas Educativas. **UNESCO Digital Library**, [s. l.], 2002. Disponível em: 2002. Acesso em: 2 abr. 2022.

UNICEF (BRASIL). VIVA MELHOR SABENDO JOVEM. Estratégias para o Enfrentamento da Epidemia de HIV/aids entre Adolescentes e Jovens. **VIVA MELHOR SABENDO JOVEM**, [s. l.], 2017. Disponível em: 11/2017. Acesso em: 2 maio 2022.

CAPÍTULO 50

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

NURSE'S ROLE IN PREVENTING PREGNANCY IN ADOLESCENCE

Kesya Gislaynne Cardoso Sousa¹

Michelle Costa Gusmão¹

João Ancelmo Feitosa Vasconcelos²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Graduando em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A gravidez na adolescência atualmente é um problema de saúde pública que acomete milhares de adolescentes no Brasil e para que esse cenário possa mudar, é necessário que ocorra uma prevenção. Um dos métodos é compreender a atuação do enfermeiro nesse trabalho árduo de prevenção de gravidezes precoce, identificando quais são as dificuldades enfrentadas pelas equipes de enfermagem. Apontar quais são os riscos à saúde que uma gestação precoce pode trazer para a vida dessas jovens e discutir a importância do acolhimento prestado a elas e seus familiares. O método de pesquisa científica abordado neste estudo foi uma revisão bibliográfica de natureza descritiva, de caráter qualitativo. A pesquisa identificou que há uma necessidade constante de que a atuação do enfermeiro na prevenção de gravidez na adolescência é de extrema importância, por essa razão, deve ser discutido e debatido diariamente, promovendo educação em saúde, pois tem um papel fundamental para promover e prevenir doenças e principalmente gravidez indesejada. Os riscos que uma gestação precoce pode trazer são de grande preocupação, pois interfere diretamente na saúde da mãe e do feto. É muito importante que o acolhimento, o apoio à essa gestante ocorra de forma adequada e humanizado para minimizar os problemas que possam aparecer durante esse período de aceitação e preparação de algo novo e desconhecido por parte dessas adolescentes e de seus familiares. Desta forma acredita-se que esse trabalho traz contribuições para que esse tema seja diariamente debatido e que algo deve ser elaborado para a eficácia das ações de prevenção de gravidez em adolescentes.

Palavras-chaves: Gravidez, Adolescentes, Precoce, Acolhimento, Prevenção.

Abstract

Adolescent pregnancy is currently a public health problem that affects thousands of adolescents in Brazil and for this scenario to change, prevention is necessary. One of the methods is to understand the role of nurses in this hard work of preventing early pregnancies, identifying the difficulties faced by nursing teams. Point out what are the health risks that an early pregnancy can bring to the lives of these young women and discuss the importance of the care provided to them and their families. The scientific research method addressed in this study was a bibliographic review of a descriptive nature, of a qualitative nature. The research identified that there is a constant need that the nurse's role in the prevention of teenage pregnancy is of extreme importance, for this reason, it must be discussed and debated daily, promoting health education, as it has a fundamental role to promote and prevent diseases and especially unwanted pregnancies. The risks that an early pregnancy can bring are of great concern, as it directly interferes with the health of the mother and the fetus. It is very important that the reception and support for this pregnant woman occur in an adequate and humanized way to minimize the problems that may appear during this period of acceptance and preparation of something new and unknown by these adolescents and their families. In this way, it is believed that this work brings contributions for this topic to be debated daily and that something must be developed for the effectiveness of actions to prevent pregnancy in adolescents.

Key-words: Pregnancy, Adolescents, Precocious, Welcoming, Prevention.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência vem sendo atualmente um problema a ser discutido e debatido para que identifique quais são as dificuldades enfrentadas e que essa prevenção aconteça de forma positiva. O número de gravidez em adolescentes cresce cada vez mais, trazendo um grande problema para sociedade e principalmente para essas jovens, o controle de gravidez em adolescentes se apresenta como um desafio diário para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, pois envolve diversos fatores para essa prevenção. O acompanhamento profissional desde a infância faz com que um vínculo seja criado e com isso será possível passar essas orientações. Por essa razão é muito importante que seja abordada desde o início sobre esse assunto de uma forma clara e objetiva durante esse contato, seja ela nos postos de saúde, nas escolas e comunidades. A gravidez na adolescência pode ter diversas causas, entretanto, independente de quais sejam, o fato é que a gravidez precoce trás consigo muitos riscos à saúde da mãe e do bebê, com um grande impacto psicológico. A maioria das adolescentes que engravidam, abandonam os estudos para cuidar do filho, o que aumenta ainda mais os riscos de desemprego e a dependência econômica dos pais. O controle dessas gestações precoce traz um desafio ainda maior para os enfermeiros, isso porque envolve diversos desafios para que haja essa prevenção, sendo eles, cultural, social e econômico. Por isso é fundamental que exista essa assistência pelos profissionais de saúde, assim será realizada a educação em saúde e todos os cuidados necessários para esses jovens. Com tudo que foi dito, fica a seguinte pergunta: A falta de assistência de enfermagem pode aumentar os casos de gravidez precoce? Para que se obtivesse resposta, foi necessário; identificar as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na prevenção de gravidez precoce, apontar os riscos à saúde que a gravidez precoce pode trazer e discutir a importância do acolhimento a essas adolescentes e seus familiares. Os métodos utilizados foi uma revisão bibliográfica qualitativa e descritiva, onde foram pesquisados em livros, sites de buscas, Google acadêmico Scielo e revistas. Tal pesquisa foi realizada em trabalhos já publicados por outros autores e as bases de estudos selecionadas em trabalhos publicados nos últimos 10 anos. As palavras chaves utilizadas para as buscas foram: gravidez, adolescentes, gravidez precoce, educação em saúde, acolhimento profissional, enfermeiro em educação. Os principais autores nesta pesquisa foram: LEAL (2018), LOPES (2020), COSTA (2021), MATOS (2018), ARAÚJO (2021), BARRETO (2019).

2. DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ PRECOCE

Segundo Barreto et al (2019) as ações e resoluções baseadas em educação sexual têm sido as principais temáticas abordadas por profissionais da saúde, buscando promover informações que previnem gravidez precoce, em vista que uma das causas de abandono escolar está ligada diretamente com essa situação.

O trabalho da equipe de enfermagem busca como objetivo principal, construir uma relação de vínculo e confiança com o adolescente, sendo de fundamental importância para que seja desenvolvido um trabalho satisfatório. Promover saúde e prevenção de agravos é



fundamental para a saúde desses adolescentes, não é uma tarefa fácil, mais uma equipe multidisciplinar capacitada, facilmente conseguirá desenvolver esse trabalho, nas escolas, desenvolvendo ações sociais em comunidades, grupos de educação sexual, entre outras formas de divulgação de informações e conhecimento.

Para Barreto et al. (2019) a adolescência é uma etapa de transição da vida entre a infância e a idade adulta, uma etapa para novas descobertas e novos objetivos para a vida. De acordo com Barreto et al. (2019) a falta de informação quanto à sexualidade no ambiente familiar, também colabora com essa situação. A prevenção da gravidez precoce indesejada, na adolescência, requer uma atenção maior à educação formal, que permita a troca de informações adequadas, entre as adolescentes e os profissionais de saúde, sobre a sexualidade e métodos contraceptivos, além de abrir um canal de comunicação, onde a adolescente possa expor suas dúvidas e ideias.

A educação em saúde é fundamental para a prevenção da gravidez precoce no Brasil e no mundo Ressalta-se que a educação não deve ser competência apenas de uma categoria profissional, mas, de toda a equipe multiprofissional. Contudo, o profissional de enfermagem como membro da equipe, exerce papel essencial na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, assistindo-os com olhar holístico e buscando prestar sempre um atendimento humanizado (BARRETO, 2019, p15).

Segundo Da Costa (2020) a educação em saúde tem um papel fundamental para promover saúde e prevenir várias doenças durante essa fase de transição entre a infância e a fase adulta. Devido á essas transformações fisiológicas, anatômicas, psicológicas e sociais no período em que o indivíduo busca a identidade adulta tornam-se mais vulneráveis e comportamentos de risco.

Os desafios e as dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde não podem ser uma forma de deixar com que o desenvolvimento de ações junto aos adolescentes, mostrando fatores a serem analisados e trabalhados de modo que sirva para diagnosticar e efetuar mudanças. Assim podem ser realizadas e elaboradas ações conforme o serviço de saúde e escolar.

De acordo com Gurgel (2010) o processo educativo na promoção da saúde do adolescente deve ser sistemático e pode colaborar para a tomada de decisão, tanto individual quanto coletivamente, na perspectiva de uma vida saudável. Significa dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

Para Barreto (2019) têm identificado às causas mais frequentes que desencadeiam a maioria das ocorrências e recorrências de gravidez na adolescência, mostrando uma contínua relação entre o abandono escolar e a gestação, e também incluindo outros fatores, como a falta apoio familiar e amparo do pai do recém-nascido, o uso de drogas, a violência, a falta de conhecimento dos métodos contraceptivos e a dificuldade de acesso a esses métodos.

Segundo Da Costa (2020) a educação em saúde tem um grande papel na sociedade de promover saúde e prevenir várias doenças, a adolescência é o período de transição entre a infância e a fase jovem, caracterizado por transformações anatômicas, fisiológicas,

psicológicas e sociais, em que o indivíduo busca a identidade adulta e essas mudanças colaboram para que o adolescente se torne mais vulnerável a comportamentos de risco.

As ações educativas realizadas pelo enfermeiro devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual, levando em consideração: a escolha da mulher, do homem ou do casal, as características dos métodos e de fatores do eixo individual e situacional relacionados aos usuários do método (RIBEIRO, 2017, p.58-62).

De acordo com Stankowski (2021) a necessidade da abordagem entre o profissional da saúde com o adolescente, nota-se uma fragilidade na realização deste vínculo, ocorrendo um declínio para realizar a promoção e prevenção de saúde, pois estes adolescentes muitas vezes sentem-se desconfortáveis em ir até o serviço, buscando informações na internet para respostas às suas dúvidas e problemas de saúde.

Por outro lado, em muitos casos as adolescentes já chegam até o serviço de saúde com suspeita de gravidez, à vista disso os profissionais de saúde que fazem parte da rede de apoio para as adolescentes, podem e devem auxiliar essas adolescentes nessa caminhada reforçando a importância de que sejam ofertadas momentos de escuta e orientações para o acompanhamento do pré-natal e da sua vida.

De acordo com Salum et al. (2015) as práticas de saúde na educação são fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais integrado e com o auxílio de ensinar e contribuir para esses jovens durante esse apoio da educação primária na escola. Essa ação educativa mostra aos profissionais de saúde exatamente onde deve ser trabalhado para a melhoria do serviço prestado.

Para De Almeida (2021) realizar esse trabalho na estratégia de saúde familiar com o desenvolvimento de habilidades na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e no processo da promoção da saúde em relação à prevenção da gravidez precoce, forma um desafio aos profissionais de saúde, pois atender um sujeito em livre processo de transformação biopsicossocial e estabelecer a atuação, levando em consideração as necessidades que é exigida em suas condutas na atuação de crescimento e de projeção de novas competências, como conhecimentos, habilidades e atitudes para os dois atores do processo, que são o enfermeiro e o adolescente.

Segundo Almeida (2021) os profissionais da saúde possuem um papel necessário e importante nesse âmbito da saúde, atuando de diferentes formas na atenção básica e promovendo a saúde de forma integral e continua a essa classe de pacientes. A pergunta norteadora para essa pesquisa foi de que forma a gravidez na adolescência pode ser prevenida dentro da atenção primária. Diante disso, o objetivo do trabalho é conhecer as principais formas de prevenção da gravidez na adolescência ofertadas pela atenção primária à saúde.

Para Da silva et al. (2021) a gravidez precoce é um problema que vem sendo enfrentado de várias épocas e não somente desse período em que está sendo vivenciada pela sociedade. Está sendo um problema sério e de forma descontrolada. Deve ser discutido e debatido com esses adolescentes e pais sobre a educação sexual de forma clara por esses profissionais de saúde, passando orientações e explicando com mais objetividade



para que seja adotadas medidas de sexo, seguro e com mais responsabilidades por parte desses jovens.

Portanto, conclui-se que as práticas educativas ministradas pelo enfermeiro são imprescindíveis, pois são um meio de obtenção de informações para esse público e verifica-se a necessidade de buscar novas formas de atuação com a população de adolescentes, uma vez que a questão da gravidez nessa fase é um problema de saúde pública no Brasil e em vários países do mundo (RI-BEIRO 2017, P, 61).

3. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Segundo Magalhães et al. (2006) a gravidez na adolescência é uma realidade que abrange a todas as classes sociais, agravada pelas sequelas da estrutura familiar; considerado um problema social a ser encarado não só pela família, mas em todas as esferas da sociedade em que se vive. Embora o número de casos tenha diminuído conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ainda assim, é uma problemática social a ser pensada e direcionada a programas e projetos que visam minimizar essa ocorrência.

Em alguns casos a gravidez precoce faz parte de um desejo inconsequente, mas na maioria das vezes, é uma surpresa inesperada, que gera uma série de conflitos emocionais, instabilidade no ambiente familiar, abandono da escola e afastamento do convívio social, uma série de consequências das quais os jovens não refletem quando decidem dar o primeiro passo para a vida sexual.

De acordo com Santos et al. (2014) em relação aos fatores de risco associados à gravidez na adolescência a assistência da enfermagem no pré-natal de qualidade é muito importante para que se tenha uma boa gestação para essa mãe. Com isso ajudará a evitar diversos problemas na gestante e no neonato, reduzindo os riscos de morbidade e mortalidade.

Segundo Heilong (2006), a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a gravidez na adolescência como uma gestação de alto risco para a mãe e ao RN, além de acarretar problemas sociais e biológicos. A gravidez na adolescência pode levar consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe e seu filho e ocorre no extremo inferior da vida reprodutiva que é dos 10 aos 19 anos de idade. Para Lopes et al. (2020) a consulta de pré-natal, existem evidências de que a implementação adequada deste tipo de atendimento é um dos principais determinantes para uma evolução gestacional satisfatória, pois permite identificar situações de risco e realizar intervenções precoces e eficientes. Uma assistência pré-natal inadequada para as adolescentes pode iniciar um ciclo de impactos negativos, visto que a gravidez neste grupo acomete, com maior frequência, as jovens de grupos sociais menos favorecidos, por vezes sem apoio familiar, social e do companheiro. Segundo Borges et al. (2016) a depressão na gestação é uma das consequências que essas adolescentes enfrentam, além de problemas tanto físico como emocional que tem uma grande influência na vida fetal.

Devido ao despreparo para enfrentar essa situação e por muitas vezes os familiares

não sabem lidar sobre esse assunto. Com isso, fica a certeza de que há a necessidade de que o enfermeiro e os demais profissionais devem sempre estar atentos para esses sinais e sintomas da depressão, levando sempre em consideração a escuta qualificada e a história do paciente.

Os riscos para a saúde associados a gravidez precoce, estão ligados a maior probabilidade de parto pré-termo, maior probabilidade de mortalidade no parto e ainda, maior taxa de mortalidade de recém-nascidos filhos de mães adolescentes. As principais intercorrências clínicas são as infecções urinárias, anemias, pré-eclâmpsia, doença hipertensiva associada a gravidez, parto pré-termo, baixo peso ao nascer, desproporção feto-pélvica, placenta prévia, sofrimento fetal (SANTOS et al., 2020.p17456).

Para Dias et al. (2020) a prematuridade é um dos fatores obstétricos com mais frequência em adolescentes grávidas, quando se compara á gestantes de outras faixas etárias. O parto prematuro pode ser pela imaturidade biológica, problemas socioeconômicos, conflitos familiares, uma alimentação inadequada e principalmente o início tardio na realização do pré-natal. Outro fator de risco que ocorre nessas gravidezes precoces é a ocorrência de malformação congênita, é possível que pelo baixo peso desse feto.

4. ACOLHIMENTO PARA GESTANTES ADOLESCENTES E SEUS FAMILIARES

Brasil et al. (2012) diz que o acolhimento é um ato que expressa uma ação de estar perto, de apoio, ou seja, de uma atitude de inclusão social. O atendimento para quem busca ajuda em uma unidade de saúde, deve ser acolhedor, humanizado para que esse usuário se sinta bem e sempre esteja buscando os serviços de saúde na comunidade que em que vive. Por esse motivo o atendimento e assistência, devem ser de boa qualidade, para isso necessita de uma escuta qualificada, respeitando e compreendendo as dificuldades desses adolescentes.

De acordo com Oliveira et al. (2020) a gestação é um ciclo em que a vida da mulher passa por algo novo, uma experiência de novas descobertas e que pode trazer um grande impacto na vida, muitas vezes de uma forma negativa, sem entender o que está sentindo durante essa nova fase e acabar acarretando comportamentos de rejeição e não aceitação. Essa descoberta de uma forma ou de outra trará mudanças físicas, psicológicas de muito conflito interno e externo.

É muito importante que o enfermeiro faça um acompanhamento com essas jovens e apoie durante todo esse processo de mudanças que surgirão a cada mês de gestação. Normalmente essas mudanças ocasionam muitas emoções e muito medo por ser uma experiência nova que mudará completamente suas vidas, por esse motivo é muito importante compartilhar saberes e que gere uma autoconfiança para vivenciar a gestação e todas as etapas do parto e puerpério de forma tranquila e saudável.

De acordo com Santos et al. (2020) o papel da família é importante na prevenção da gravidez na adolescência, mas existe uma grande dificuldade entre as famílias para dialo-



garem sobre esses tipos de assunto com seus filhos. Na maioria das vezes esse momento de conversas nem existe dentro do ambiente de convívio.

É necessário que com o apoio dos profissionais de saúde esse acolhimento seja realizado e com isso ajudará na prevenção. Barreto et al. (2011) afirma que se faz necessário que os enfermeiros e sua equipe trabalhem juntos para realizarem um trabalho de qualidade com ações educativas de prevenção e de reflexão sobre esse problema de saúde pública.

Morais et al. (2017) afirma que o suporte familiar é muito importante para minimizar repercussões negativas durante a gravidez na adolescência, para que consigam manter o equilíbrio emocional e evitem a prática de abortos. Nesse momento o medo, a incerteza de como será o seu futuro após o nascimento do filho pode levar á essa prática ilegal e perigosa. É mais comum em adolescentes de baixa renda, pois a falta de oportunidades são maiores e muitas nem escolas frequentam.

Para Pereira et al. (2019) a prestação de saúde e a utilização desse serviço são imprescindíveis para melhorar a forma de encarar essa situação na sociedade. Na maioria das vezes essa assistência não é realizada de forma correta e individualizada. Além da família, o cônjuge tem um papel fundamental nesse acolhimento, apoio de amigos próximos também fará toda a diferença para o enfrentamento dessa gestação. Isso fará com que o sentimento de exclusão do meio social não atrapalhe a aceitação de que será mãe.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência pode trazer diversas causas, entretanto, o fato é que a gravidez precoce traz consigo muitos riscos à saúde da mãe e do bebê. Um grande impacto psicológico e socioeconômico. O objetivo é entender sobre a falta de assistência de enfermagem e que sem esse acolhimento, pode levar a contribuir com o aumento de casos de gravidez precoce.

A atuação do enfermeiro na prevenção de gravidez na adolescência é de extrema importância, por essa razão, deve ser discutido e debatido diariamente, promovendo educação em saúde, pois tem um papel fundamental para promover e prevenir doenças e principalmente gravidez indesejada.

Os riscos que uma gestação precoce pode trazer são de grande preocupação, pois interfere diretamente na saúde da mãe e do feto. Podem levar a consequências emocionais, levando a depressão na gestação, como também a partos prematuros muitas vezes pelo início tardio do pré-natal dessa gestante.

É muito importante que o acolhimento, o apoio á essa gestante ocorra de forma adequada para minimizar os problemas que possam aparecer durante esse período de aceitação e preparação de algo novo e desconhecido por parte dessas adolescentes, uma nova etapa de vida e um leque de novas experiências.

A pesquisa partiu devido ao grande número de casos de gravidez que são notificados todos os anos no Brasil e para que seja identificado como a atuação da equipe de enfermagem é de grande importância para contribuir na diminuição dos casos e principalmente na prevenção de gravidez precoce.

Durante de todos os fatores identificados, pode-se afirmar que a falta de atuação do enfermeiro e de assistência faz toda a diferença, para combater e prevenir a gravidez precoce é necessário que o enfermeiro juntamente com sua equipe esteja á frente das comunidades, escolas e familiares para realizar essa assistência.

Referências

ALMEIDA, Antonia Mylene Sousa et al. Prevenção da gravidez na adolescência e na atenção primária á saúde. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e26720-e26720, 2021.

ARAUJO, Viviane de Moraes et al. Fatores associados ao óbito neonatal de mães adolescentes. [S.I] **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 805-815, 2021.

BARRETO, Ananda Samara Pereira, Francisca Gláucia Agapito Rocha, José Acrísio Cardoso Bezerra. Gravidez na adolescência e a atuação de excelência do profissional de enfermagem. [S.I] **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde** (2019).

BARRETO, Monique Marrafa Muniz et al. **Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas**. 2011.

BORGES, Denize Aparecida et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica .[S.I] **Revista de iniciação científica da libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia Queiroz, Maria Veraci Oliveira Cunha, Janice Mayara Holanda. Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem-estudo descritivo. [S.I] **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 2, p. 346-58, 2012.

DA SILVA, Avelino, Calciene de Araujo, Elis Célia Alves, Larissa Luz. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA NO BRASIL.[S.I] **Revista AlberoAmericana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 9, p. 1426-1447, 2021.

DE ALMEIDA, Sarah Kelley Ribeiro et al. As práticas educativas seus respectivos impactos na prevenção da gravidez na adolescência.[S.I] **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9787-9800, 2021.

DE ARAÚJO, R. et al. Gravidez na adolescência: consequências centralizadas para a mulher. **Revista Temas em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 567-587, 2016.

DE MATOS LEAL, Carla Bianca et al. Assistência de enfermagem ao público adolescente na atenção primária. [S.I] **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, n. 24, 2018GURGEL, Maria Gledes Ibiapina et al. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. [S.I] **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 640-646, 2010

DE OLIVEIRA Guerra, Wytoria Paes et al. Como deve ser a assistência prestada a adolescentes grávidas na atenção primária?. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. e2049119705-e2049119705, 2020.

DIAS, Bruna Fernanda; DE ANTONI, Natalia Marchet; VARGAS, Deisi Maria. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 1, p. 10-22, 2020.

DOS SANTOS, Aline Cristina Ferraz et al. Abordagem do enfermeiro na gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17438-17456, 2020.

FIEDLER, Milla Wildemberg Araujo, Alisson Souza, Márcia Christina Caetano. A prevenção da gravidez na

adolescência na visão de adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 30-37, 2015.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 29-38, 2006.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima et al. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. São Paulo, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima et al. Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência. São Paulo **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

MORAIS, E. V. et al. Gravidez na adolescência e aborto: implicações da ausência de apoio familiar. [S.I] **Rev Adolesc Saúde**, v. 14, n. 3, p. 41-7, 2017.

MUNIZ, Emanuel Avelar et al. Políticas de saúde e educação para a juventude no Brasil: intersetorialidade e atuação do enfermeiro. [S.I]**SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, 2021.

PEREIRA, Sara Caroline. Impactos da gravidez na adolescência: abordagem integral. 2019.MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 446-452, 2006

RIBEIRO, Wanderson Alves et al. Práticas educativas do enfermeiro na preven o da gravidez na adolescência: estratégias e perspectivas. [S.I] **Revista Pr -UniverSUS**, v. 8, n. 2, p. 58-62, 2017.

SALUM, Gabriel de Barros; MONTEIRO, Luciana Alves SILVEIRA. Educa o em saúde para adolescentes na escola: um relato de experiência. [S.I] **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 246-257, 2015.

SANTOS, Nilma L zara de Almeida Cruz et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 719-726, 2014.

STANKOWSKI, Sandra Suzana et al. Preven o da gravidez e promo o da saúde de adolescentes: Revisão integrativa.[S.I] **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 44542-44556, 2021

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diogenes Franco, Rodrigo Coelho; MICHELAZZO, Daniela. Gravidez na adolescência: uma proposta para preven o. [S.I] **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 477-479, 2009.

CAPÍTULO 51

AS DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

***THE DIFFICULTIES OF NURSES IN THE IMPLEMENTATION AND
IMPLEMENTATION OF HUMANIZED BIRTH***

Franciele Serra da Silva¹

Ângela Gabriela de Araújo Costa Moura²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Professora, Faculdade Pitágoras, São Luís -Maranhão

Resumo

A importância do tema abordado se dá pelo fato que ainda existem muitas instituições que não implantaram as práticas de humanização do parto, por se depararem com vários obstáculos e resistências, tornando assim, o aumento significativo de intervenções desnecessárias, tirando totalmente a autonomia das parturientes. O problema de pesquisa foi: Quais as complicações encontradas pelo enfermeiro no procedimento de implantação e implementação do parto humanizado? Os objetivos da pesquisa foram: Analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no processo de implantação e implementação do parto humanizado. Descrever a história do parto; relacionar-se como funciona o processo de implantação e implementação do parto humanizado e as vantagens do enfermeiro nele; acompanhar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação e implementação do parto humanizado. Trata-se de um estudo teórico, qualificativo, compreendendo as publicações encontradas, com o objetivo de aprender, assimilar e analisar sistematicamente a literatura indicada para o desenvolvimento desta monografia, a fim de responder à questão de pesquisa e fundamentar as hipóteses. O estudo é baseado em uma revisão da literatura e uma abordagem estimativa. Foram selecionados artigos obtidos em aspectos de dados eletrônicas, Scielo, Google Scholar, certo como livros e autores de pesquisas sobre o tema. O presente estudo é de extrema importância, contudo a partir da identificação dos aspectos que impedem o movimento de implantação e implementação do parto humanizado, pode-se elaborar a assistência e trabalho da equipe de enfermagem, valendo, e contribuindo para melhores circunstâncias de trabalho e reconhecimento profissional, partindo todo paradigma que impeça o desenvolvimento das práticas do parto humanizado.

Palavras-chave: Enfermeiro, Implantação e Implementação, Parto Humanizado.

Abstract

The importance of the topic addressed is due to the fact that there are still many institutions that have not implemented the practices of humanization of childbirth, as they face various obstacles and resistance, thus making a significant increase in unnecessary interventions, completely taking away the autonomy of parturients. The research problem was: What are the complications encountered by nurses in the procedure of implantation and implementation of humanized childbirth? The research objectives were: To analyze the difficulties encountered by nurses in the process of implantation and implementation of humanized childbirth. Describe the history of childbirth; relate how the process of implantation and implementation of humanized childbirth works and the advantages of nurses in it; monitor the difficulties encountered by nurses in the implementation and implementation of humanized childbirth. It is a theoretical, qualifying study, comprising the publications found, with the objective of learning, assimilating and systematically analyzing the literature indicated for the development of this monograph, in order to answer the research question and substantiate the hypotheses. The study is based on a literature review and an estimation approach. Articles obtained in aspects of electronic data, Scielo, Google Scholar, certain as books and research authors on the topic were selected. The present study is extremely important, however from the identification of the aspects that impede the movement of implantation and implementation of the humanized delivery, it is possible to elaborate the assistance and work of the nursing team, validating, and contributing to better working circumstances and professional recognition, departing from any paradigm that prevents the development of humanized childbirth practices.

Key-words: Nurse, Implementation and Implementation, Humanized Childbirth.

1. INTRODUÇÃO

O tema que orienta a seguinte pesquisa é sobre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no sistema de implantação e implementação do parto humanizado em uma instituição de saúde.

Humanizar é mais do que uma série de recursos e técnicas. Humanizar o parto é analisar sua importância para os pais e o filho, seguindo a liberdade da mulher, permitindo-lhe conter o seu próprio parto, cabendo-lhe destacar onde, como e com quem parir. Isso certamente envolve algumas mudanças de atitudes dos profissionais de saúde.

Quais as complicações encontradas pelo enfermeiro no procedimento de implantação e implementação do parto humanizado?

Os objetivos da pesquisa foram: Analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no processo de implantação e implementação do parto humanizado. Descrever a história do parto; relacionar-se como funciona o processo de implantação e implementação do parto humanizado e as vantagens do enfermeiro nele; acompanhar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implantação e implementação do parto humanizado.

Trata-se de um estudo teórico, qualificativo, compreendendo as publicações encontradas, com o objetivo de aprender, assimilar e analisar sistematicamente a literatura indicada para o desenvolvimento desta monografia, a fim de responder à questão de pesquisa e fundamentar as hipóteses. O estudo é baseado em uma revisão da literatura e uma abordagem estimativa. Foram selecionados artigos obtidos em aspectos de dados eletrônicos, Scielo, Google Scholar, certo como livros e autores de pesquisas sobre o tema.

O presente estudo é de extrema importância, contudo a partir da identificação dos aspectos que impedem o movimento de implantação e implementação do parto humanizado, pode-se elaborar a assistência e trabalho da equipe de enfermagem, valendo, e contribuindo para melhores circunstâncias de trabalho e reconhecimento profissional, partindo todo paradigma que impeça o desenvolvimento das práticas do parto humanizado.

2. HISTÓRIA DO PARTO HUMANIZADO NO BRASIL

Então como em muitos países, no Brasil, a história do parto também se baseia na presença das parteiras. Entretanto na época ao qual ocorreu a Segunda Guerra Mundial, a mesma não acontecia no país, mas foi através da propagação das novas práticas medicinais e com o lançamento de novos instrumentos cirúrgicos que a medicina brasileira aconteceu a incorporar o mesmo método de outros países, a institucionalização do parto (MAIA, 2017; SILVA, 2017).

Em relação a esta “modernidade”, o Brasil no período de 1910, teve em alta o “parto inconsciente” ao qual era caracterizado por aplicações de morfina para alívio da dor in-



cluso com uma dose de amnésico chamado escopolamina, em que a mulher estava a dor do parto, porém depois não se recordava do que acontecia (da dor, do trabalho de parto, do nascimento do bebê). Porém a escopolamina nem causava um efeito alucinógeno, em que as mulheres se debatiam provocando hematomas e logo eram amarradas no leito, no qual este era coberto como uma cabana, para evitar que fossem vistas nestas situações deploráveis (DINIZ, 2016).

Uma das misturas utilizadas no Brasil para o parto inconsciente era chamada de “Lucina”, composta por doses de cafeína com morfina. Com o passar de várias décadas, foi observado o grande índice de morbimortalidade materna e fetal, no qual a prática foi abandonada (DINIZ, 2016).

Conforme citado anteriormente, o parto houve um assunto médico hospitalar, no qual serviu à obstetrícia de três maneiras: restringir a competição com as parteiras, estabelecer o controle sobre as parturientes e oportunizar novos campos para práticas médicas (MAIA, 2020).

No Brasil a assistência humanizada ao parto foi impulsionada através da experiência de vários estados. Na década de 70 no estado do Paraná ocorrem profissionais baseados em práticas indígenas e de parteiras. Na mesma época no Hospital Pio X em Goiás e no instituto Aurora no Rio de Janeiro, constituíam realizados grupos de terapias alternativas com yoga (DINIZ, 2016)

Em 1980 o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde juntamente com uma associação do estado de São Paulo e grupos Carumim e Casa do Parto em Pernambuco, proveram assistência humanizada ao parto e relataram mudanças nas práticas realizados no TP (DINIZ, 2016).

Desde a conferência exercida pela OMS em 1996 lançando a cartilha de assistência ao parto normal e humanizado, o Ministério da saúde no Brasil embasou-se nas atualizações sugeridas e aplicadas nesta conferência e lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 1º de junho do ano de 2000. A consideração quanto à gestação ao parto vem sendo ampliada procurando resgatar um exemplo de assistência baseada na humanização (MAIA, 2020).

Além do PHPN, no ano de 2000 as recomendações da OMS sobre assistência ao parto normal e humanizado aconteceram enviadas pelo MS para qualquer ginecologista obstetra e enfermeiras obstetrias do país, relatando que o atendimento ao parto no Brasil consiste em grande medida naquilo que se busca superar (MAIA, 2020).

A portaria Brasileira n. 1.067, de 6 de julho de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, menciona:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de normas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2017, p. 26).

Através das portarias lançadas do Brasil pelo MS nos últimos dez anos, é possível admitir que o Estado cada vez mais se encorpou a humanização conforme forma de estratégia tanto para a redução nos números de mortalidades maternas, como para garantir a saúde materna (MAIA, 2020).

2.1 Parto normal e parto humanizado

Conforme bem apontou Carmen Simone Diniz (2017), na medida no que houve uma disseminação do termo “humanização” e este houve a ser utilizado por diferentes atores sociais, foi possível estudar uma multiplicidade de interpretações, sendo o termo aplicado a formas variadas de assistência. Na mesma linha, Carneiro (2016) explorou mapear e explorar os diversos significados atribuídos aos termos parto “natural” e parto “humanizado” entre as mulheres, sobretudo de camadas médias, que participavam de dois grupos de preparação para o parto no interior de São Paulo.

Nesse texto, em linhas gerais, essa mesma autora gera que seria possível definir o parto “humanizado” não como um modelo definido a ser replicado, mas como aquele que “acontece de acordo com os anseios das mulheres” (CARNEIRO, 2016, p. 244). Noutras palavras, o parto “humanizado” refere-se aqui àquele em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, sendo tratada de forma personalizada pela equipe médica. Certo aspecto importante a se articular é que, como foi possível observar durante a pesquisa, o termo “humanizado” muitas vezes integra também a ideia de parto “natural”, expressão que se popularizou na década de 1980 e denota o compromisso com um mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível.

É válido mencionar que as expressões parto “humanizado” e parto “natural” com frequência apresentam como intercambiáveis nos discursos das mulheres de camadas médias estudadas, bem como entre os divulgadores do ideário, como também constatou Carneiro (2021). Isso, no entanto, não impede que estejam certas preferências terminológicas em outros contextos: no universo de camadas populares foi possível notar a escolha, tanto entre as mulheres quanto entre os profissionais que lhes prestavam assistência, pela expressão parto “natural”, em detrimento de “humanizado”, apesar de a casa de parto onde a pesquisa foi realizada ser considerada um modelo de “humanização”. Essa diferença não parece ser aleatória e será analisada ao longo do artigo. De imediato, cabe alegar que se trata de termos “que se aproximam, mas também se alcançam, conforme a conjuntura” (CARNEIRO, 2021, p. 108), o que esteve especialmente comprovado nesse estudo por envolver dois campos.

A seguir, se passará à descrição de uma situação protagonizada por uma mulher de classe popular, examinada durante a pesquisa na CP. Mais adiante, será proposta a narrativa feita por uma mulher de camada média, proveniente do grupo de preparação para o parto “humanizado” em que foi realizada a outra parte da investigação. Conforme será possível notar, as experiências são inicialmente semelhantes, entretanto, apresentam desfechos bastante distintos, o que, argumenta-se, parece estar associado a diferenças de classe social.

3. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO NO PARTO HUMANIZADO E SUAS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

“O modelo principal de assistência ao parto no Brasil se caracteriza pelas habilidades abusivas e totalmente inadequadas de ações, em sua maioria desnecessária, e restrição à presença de um acompanhante nos pontos clínicos do parto” (CÔRTEZ, 2018, p. 2).

No início da década de 1990, as referências que circulavam na sociedade decorrentes do trabalho dos ativistas da humanização esclareciam que o modelo de atenção ao parto e nascimento é insuficiente e não respeita os direitos das mulheres. Além da experiência pioneira herdada da década anterior.

Segundo Côrtez (2018), diante do exposto, a Organização Mundial da Saúde em 1996 propôs alternativas na assistência ao parto e nascimento, salvando o parto como um evento natural, portando com o papel de “enfermeira obstétrica, usando práticas que favoreçam ações que estimulem e previnam a segurança as parturientes, promovendo a eficácia e segurança das intervenções.

No argumento da implementação e implementação do parto humanizado, exibe-se o campo da saúde materno-infantil, no qual a categoria e a humanidade da atenção à saúde se atualizam e se apresentam cada vez mais, considerando o trabalho de resgate no modo da cultura pré-natal, e parto, por meio da criação de projetos governamentais, conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Parto e a Política Nacional de Clonagem (PNH). (DODOU, 2017, p.333).

As enfermeiras estão proporcionando à parturiente, entretanto o parto, mais conforto e segurança, sempre ouvindo ativa e detalhadamente. Adquirir um vínculo com a paciente é fundamental para entender suas necessidades e, logo, saber quais ações tomar.

Acerca da busca de um novo paradigma baseado na humanização, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria no 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no tempo pós-parto, causa como prioridades, concentrar esforços no sentido de conter as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país, adotar medidas que avalizem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal, e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento forma os princípios da atenção que despesa ser prestada e exorta estados, município e serviço de saúde a seguirem seu papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania elementar, dar à luz, contendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (BRASIL, 2016).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado nos seguintes princípios:

Toda gestante gera direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no

decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante conta direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda grávida tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os fundamentos gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido assume direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2016, p.6).

A Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como a lei do acompanhante, houve a vigora o direito da parturiente a um acompanhante marcado pela mesma, estando ele o pai do bebê, o parceiro real, a mãe, ou outra pessoa de sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2016). Com a promulgação da acusada lei desencadeou-se o interesse de pesquisadores da área da saúde e humanas por causa do tema e justifica a crescente atenção destinada à experiência da mulher, durante o parto.

Confins disso, em 2011, foi lançada no Brasil uma estratégia do Ministério da Saúde chamado Programa Rede Cegonha que visa permitir uma rede de cuidados e boas práticas à mulher, a qual envolve a assistência humanizada e qualificada no âmbito da atenção obstétrica e infantil, e refazendo o direito a um acompanhante de livre escolha da gestante, durante o parto (BRASIL, 2016). A partir dessas considerações, dada a extrema complexidade que abrange o parto, bem conforme, as recentes condutas sugeridas visando à humanização.

A Rede Cegonha integra uma luz e coloca em movimento uma bandeira que coincide congregando muitas pessoas e instituições a humanização do parto. “Ela mobiliza para a atuação da enfermeira obstétrica já na contratualização com as maternidades”. (BRASIL, 2016, p.44)

Com que seja implantado e implementado o parto humanizado em uma instituição, é recomendado que os gestores de saúde favoreçam condições para a implementação de assistência que abranja a enfermeira obstétrica na assistência ao parto de baixo risco, pois citam vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres. (BRASIL, 2016, p.29).

Segundo Dodou, (2017, p. 333), para ser “implantado e implementado o parto humanizado em uma instituição, o ambiente de trabalho, o conjunto das condições de sua criação, simultaneamente, as forças de trabalho, os instrumentos e o capital se constituem para originar um resultado final”. O ambiente de trabalho consta não só o espaço físico, mas a infraestrutura, equipamentos, materiais e tecnologias, seria um conjunto composto das condições de trabalho, conforto, contatos interpessoais, compreendendo as relações com os profissionais atuantes e envolvidos.

A forma como o trabalho é exposto, e as condições do ambiente de trabalho são um dos fatores que mais afetam o indivíduo e a saúde dos profissionais, é necessário analisar como os espaços vêm se afirmando no âmbito da saúde, bem como as condições de trabalho que ficam sendo oferecidas e a sua relação com a saúde, para que tenha maior qualidade da assistência à saúde da parturiente (DODOU, 2017, p.333).

De acordo com Almeida (2017, p. 10), no que diz respeito “a humanização da assis-



tência, no programa de contribuir na área de obstetrícia, as portarias preconizadas pelo Ministério da Saúde e os avanços da tecnologia, indicaram mudanças significativas para que ocorresse mais estímulo e autonomia na área de enfermagem”.

Ainda de acordo com Brasil (2016, p.29) as parturientes consagram-se receber as seguintes informações sobre o local de parto: Acesso à equipe de obstetrícia, anestesiologia e pediatria; acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas; acesso ao método de alívio da dor, compreendendo os não farmacológicos como: banheira, chuveiro, massagens, etc.

O local onde é cuidada a puérpera, não se expõe ser um ambiente desfavorável, com rotinas rígidas, pois ela deve expressar seus sentimentos e necessidades de forma livre. Deve alcançar cuidado individualizado de acordo com suas demandas. É necessário que ela se tenha protegida e segura por todos aqueles que a cercam. Tanto na assistência ao pré-natal, quanto ao parto e nascimento (BRASIL, 2018, p.28).

As infraestruturas nas salas de parto são adaptadas de acordo com seus POPs (Procedimento Operacional Padrão) e manuais de normas e rotinas, podendo conter equipamentos como, espaldar (equipamentos de barra comuns em academias), bolas, banquetes de parto, chuveiro privado para as duchas quentes ou banheiras, cavalinhos, óleos de massagens, instrumentos bastante procurados para amenizar a dor.

Deve ser ainda, evitada a separação mãe-filho, desde o nascimento até a alta, através da base conjunta, e quando for inevitável, por causa das condições de saúde da puérpera ou RN, necessitam ser minimizados seus efeitos a partir da comunicação entre a equipe e a mãe.

4. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO

As enfermeiras obstétricas têm autossuficiência e consciência do seu papel no mundo moderno da obstetrícia, apesar de ainda enfrentar sérias dificuldades em seu campo de atuação.

“A entrada das enfermeiras obstétricas na assistência, inclusive então ocupada por médicos obstetras, tem estabelecido conflito entre essas categorias, dificultando a implantação da política de humanização” (DIAS, 2017, p. 700).

O papel do enfermeiro é definido e amparado nos seguintes textos legais: Lei do Exercício Profissional nº 7.498 (25/06/1986) Art. 11º Parágrafo Único: regulamenta o exercício da enfermagem; Decreto nº 94.406 (08/06/1987) define as atribuições do enfermeiro obstetra; Portaria Ministerial nº 2.815 (29/05/1998) compreende na tabela valores para o parto normal realizado por enfermeiros; Portaria Ministerial nº 163 (22/07/1998) regulamenta a realização do Parto Normal sem Distocia; Portaria nº 985/GM (05/08/1999) institui o Centro de Parto Normal (CPN) e determina os recursos humanos necessários ao funcionamento do CPN; Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 223

(03/12/1999) dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e nas Portarias nº 569, 570, 571 (01/06/2000) instituem o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2018)

O objetivo principal de assistência materna de qualidade é favorecer experiência positiva para a mulher e sua família, manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. Uma boa comunicação entre a equipe e entre está e a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo.

O problema preliminar com a implantação do parto humanizado é que a princípio o mercado de trabalho não presumia com número suficiente de parteiras para colocar em prática uma política de processo para essas profissionais contribuírem no parto de baixo risco. Mas, com o apoio do Ministério da Saúde, foi potencial em pouco tempo, desde 1998, que diversas faculdades de medicina com todo o país ocorressem 55 cursos de especialização em obstetrícia, que criaram 854 profissionais da rede SUS, muitos deles funcionários da SMS própria rede.

A dificuldade de trabalho em equipe, o desespero de alguns profissionais para atuar na área de obstetrícia e a luta de alguns profissionais em atuar com humanização são termos negativos que acometem o trabalho de todos os demais profissionais, pois é desejável uma assistência integral e de qualidade com mais humanização. É fundamental um trabalho interdisciplinar, e não uma ação individual, pois esta ameaça exatamente a qualidade do cuidado à mãe.

Nos últimos anos, a história da enfermagem obstétrica tem diversos, vem sendo reconhecida pela sua atuação e pelo desenvolvimento dos seus conhecimentos. A partir do final dos anos 80, os enfermeiros vêm alcançando seu espaço na assistência ao parto, isso tem ocorrido devido a inserção na graduação de enfermagem, no Brasil, em 1922, como componente curricular e em 94, como especialização (ALMEIDA, 2017, p. 86).

Atualmente a especialização em obstetrícia só é concedida para médicos e profissionais de enfermagem graduados. Em 1986, foi criada a Lei nº 7.498, que “consolida a profissão do enfermeiro obstétrico e suas competências na assistência a parturiente, dentre elas, assistir a parturiente e o parto, observar a intercorrência e aplicar anestesia local, se for necessário” (ALMEIDA, 2017, p. 9).

Na década de 90, algumas políticas voltaram para regulamentar e impulsionar as práticas humanizadas na assistência e a inserção da enfermagem no campo obstétrico. A portaria 2815 de 29 de maio de 1998 e 163 de 22 de setembro de 1998, publicada pelo Ministério da Saúde, “motivam que os enfermeiros obstétricos tenham a assistência ao parto de baixo risco, e cria o modelo de laudo de enfermagem para emissão de autorização de internação hospitalar” (ALMEIDA, 2017, p.9).

Os profissionais de enfermagem são peças fundamentais para a realização da mediação entre a mulher, a família e a equipe de saúde presente no parto, afim de promover um ambiente favorável e harmonioso para o nascimento e protagonismo da mulher durante o processo da parturição.

O papel da enfermagem frente a um apoio humanizado durante o parto demanda um



profissional sem preconceitos, a prestação de serviço livre de qualquer dano e utilização mínima de intervenções em suas práticas. O respeito, solidariedade, apoio, orientação e incentivo são aspectos que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional.

O profissional de enfermagem com especialização em obstetrícia não consegue acreditar que seu trabalho de acordo apenas a atenção na sala de parto, na verdade, cabe a ele acompanhar a gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, tendo em vista incentivar a parturiente a continuar do aleitamento materno exclusivo e outras condutas altamente benéficas para mães e filhos, no sentido de manter as melhores condições de saúde (SANTIAGO, 2021, p. 418).

O processo de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado aconteceu durante a implantação do Projeto de Implantação da Assistência de Enfermagem à Gestante e à Parturiente, e a partir do acúmulo de experiências, em que a figura da enfermeira obstétrica sugeriu como “agente estratégico capaz de solicitar as mudanças no modelo de assistência ao parto” (PROGIANTI, 2012, p.449).

A enfermagem qualquer vez mais auxilia com uma história diferenciada, acusando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, protegendo sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente. O enfermeiro tem a educação em saúde como uma das vantagens pertinentes a sua profissão.

A enfermagem qualquer vez mais auxilia com uma história diferenciada, acusando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, protegendo sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente. O enfermeiro tem a educação em saúde como uma das vantagens pertinentes a sua profissão.

Reforçam que o maior desafio para os enfermeiros que realizam assistência as parturientes, é fazer com que seja minimizado o sofrimento da mulher transformando o trabalho de parto e parto em uma experiência de realização e crescimento para a mesma e sua família.

De acordo com Mouta (2019), o enfermeiro obstetra aprimora práticas obstétricas preconizadas pelo modelo humanizado como o estímulo a deambulação, deambulação, mudança de posição ao banho, a imersão na piscina, na banheira, ajudando o alívio da dor, massagem lombar, entre outras práticas que cooperam para que a parturiente no momento do parto.

O enfermeiro consegue possibilitar a parturiente um parto menos doloroso. Tolerando ajudá-la através de uma assistência humanizada formando uso de algumas técnicas como: respiração para o controle das contrações uterinas, de maneira atenta e pausada, acarretando conforto à mulher em trabalho de parto e relaxamento muscular admitindo a dilatação e diminuindo a sensação dolorosa (GOMES, 2018, p.168).

Deve ser parte integrante da equipe de saúde na assistência integral prestada à mulher a equipe de enfermagem, usando o seu conhecimento técnico e científico em conjunto com seus padrões éticos de compromisso com a profissão e com a vida humana, acarretando uma assistência qualidade e dignidade. A formação de enfermeiros obstétricos com base nas experiências humanizadas estimula a aquisição de conhecimentos que direcionem a prática obstétrica no sentido de estimular a filosofia do parto, o protagonismo da mulher seguindo a sua privacidade, crescendo assim, práticas nas quais a decisão compartilhada e a preservação do corpo feminino assumiram o lugar das relações assimétricas e das intervenções desnecessárias durante o parto.

O trabalho da equipe de enfermagem é um processo vital, onde os profissionais precisam ser capacitados e orientados sobre a importância do trabalho em conjunto para que haja superação dos conflitos, com finalidade de que os direitos da mulher sejam respeitados, os seus desejos no momento do seu parto.

5. CONCLUSÃO

De acordo com o que foi compreendido para a elaboração desta pesquisa é possível chegar às seguintes considerações em relação às dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros no processo de implantação e implementação do parto humanizado acerca de uma instituição de saúde: Inclusive existe uma luta muito grande para garantir a redução das intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto. Assim seja ela por falta de profissionais capacitados, por falta de disponibilidade para acompanhar o percurso do trabalho de parto e parto, pelos profissionais médicos que persistem em ainda não aceitar as atribuições dos enfermeiros obstetras, pelas condições de saúde pública, e etc.

A mudança de uma assistência tradicional para forma de assistência humanizada traz benefícios tanto para a parturiente quanto para a equipe. É recompensante proporcionar um cuidado em que é observado no olhar da paciente o quanto sua assistência influencia de forma positiva e satisfatória. Entretanto, ao mesmo tempo, são impasses e resistências vindos de todas as partes.

Serve ao enfermeiro obstetra que assume a competência legal de realizar assistência, em colocar em prática suas atribuições, e promover a saúde da mulher durante a gestação, o parto e pós-parto, sem permitir que os obstáculos aflijam a efetivação dessa assistência.

É inegável que a proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é a valorização e autonomia com a conquista de uma melhor qualidade na assistência à saúde do usuário, e de melhores condições de trabalho para os profissionais, se conduzindo assim, cada vez mais efetiva, tendo, portanto, neste caso, valor básico para conquistar uma melhor qualidade no atendimento às gestantes e as condições de trabalho dos profissionais envolvidos. Não se trata de adotar medidas para maquiagem as instituições, nem tampouco de proposta ortopédica, a humanização deve ter como meta uma nova cultura institucional, que consiga instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários.



Referências

- ALMEIDA, Olivia S. Castro; et. al. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. Revisão de literatura. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. 2017. Jan. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456/437> acesso em: 28 de abr de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**, Brasília, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS: Humanização do Parto e do Nascimento**, Brasília, v. 4. 2018. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_/. Acesso em: 02 abr 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei do acompanhante**. 2016 Jun, disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante> acesso em 04 de abr de 2022.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia de grupos de preparo para o parto**. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). Etnografias em serviços de saúde. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2016. p. 243-266.
- CÔRTEZ, Clodoaldo Tendes; et. al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Americana em Enfermagem**. 2018;26:e2988 DOI: 10.1590/1518-8345.2177.2988. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_01041169-rlae-26-e2988.pdf acesso em: 03 de abr de 2022.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos; et. al. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2017; 10(3): 669705. Maio. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf> acesso em: 23 de abr de 2022.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n. 3, p 627 – 637, 2016.
- DODOU, Hilana Dayana; et. al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Caderno Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2017. Ag. Disponível em: [35 http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030082.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030082.pdf) acesso em: 03 de abr de 2022.
- GOMES, A. R. M. G et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Rev. Ciência Científica de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 23-27, 2018. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73> acesso em: 29 de abr de 2022.
- MAIA, M. B. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Caderno Cidade Pública**. Rio de Janeiro. Vol.27, n, 05, p. 1041-1044, mai. 2020. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/22.pdf>>. Acesso em: 12 abr 2021.
- MOUTA, Ricardo José oliveira; et. al. **Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto**. Florianópolis. 2019. Out. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf> acesso em: 29 de abr de 2022.
- PROGIANTI, Jane Márcia; et. al. **Participação das enfermeiras no processo de implantação de práticas obstétricas humanizadas na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. 2019. Jul. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/03.pdf> acesso em: 30 de abr 2022.
- SANTIAGO, Maria Silva; NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida. Parto Humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Brasileira. Saúde Materno Infantil**. Recife, 2021. Dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a08.pdf> acesso em: 24 de abr 2022.

CAPÍTULO 52

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CASO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

NURSING ASSISTANCE IN CASE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

Auriceia da Silveira Rodrigues¹

¹ Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

Resumo

A violência contra a mulher é um grande desafio para a área da saúde. A enfermagem é a protagonista no acompanhamento do processo de reabilitação, desde a assistência até a promoção da educação em saúde aos pacientes e seus familiares, por isso deve atentar-se as situações de violência no cuidado às mulheres. Para atingir o objetivo geral deste trabalho que foi descrever a assistência de enfermagem à mulher vítima de violência. Utilizou nesse trabalho método de revisão de literatura de artigos científicos sobre infarto e análise de conteúdos presentes em livros. Os resultados obtidos foram que o setor de enfermagem é a protagonista no acompanhamento do processo de reabilitação, desde a assistência até a promoção da educação em saúde aos pacientes e seus familiares, por isso deve atentar-se as situações de violência no cuidado às mulheres. Logo a violência contra a mulher pode ser vista por muito tempo como uma preocupação cabível apenas a segurança pública e a esfera do direito, sendo negligenciada no âmbito da saúde, gerando a escassez de atendimento à essa mulher vítima de violência, seja ela do tipo que for. Fala que tal violência é considerada um problema enraizado culturalmente que traz uma verdadeira desigualdade entre os gêneros, colocando o sexo masculino em um nível hierárquico mais elevado que o feminino, tendo as mulheres que se portarem como submissas e inferiores aos homens. Os resultados sugerem que há necessidade de investimento de conhecimento científico na área de saúde da mulher aos enfermeiros, em especial no cenário de pacientes em situações menos favorecidas financeiramente, onde há maior índice de violência.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem, Violência, Violência contra a mulher.

Abstract

Violence against women is a major challenge for the health area. Nursing is the protagonist in the monitoring of the rehabilitation process, from assistance to the promotion of health education to patients and their families, so it is necessary to pay attention to situations of violence in the care of women. To achieve the general objective of this work, which was to describe nursing care for women victims of violence. In this work, he used a method of reviewing the literature of scientific articles on infarction and analyzing content present in books. The results obtained were that the nursing sector is the protagonist in monitoring the rehabilitation process, from assistance to the promotion of health education to patients and their families, so it is necessary to pay attention to situations of violence in the care of women. Therefore, violence against women can be seen for a long time as a concern only applicable to public security and the sphere of law, being neglected in the area of health, generating the scarcity of care for this woman who is a victim of violence, be it the type who for. He says that such violence is considered to be a culturally rooted problem that brings true inequality between genders, placing the male sex at a higher hierarchical level than the female, with women beinghave as submissive and inferior to men. The results suggest that there is a need to invest scientific knowledge in the area of women's health to nurses, especially in the scenario of patients in less financially favored situations, where there is a higher rate of violence.

Key-words: Nursing care, Violence, Violence against women.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é qualquer ato ou comportamento que seja fundamentado no gênero que cause agravo físico, sexual, psicológico. É mencionado no código penal como um crime, praticado tanto em espaços públicos como privados, que podem ser realizados por companheiros/maridos, vizinhos ou familiares. Um dos tipos de violência é a intrafamiliar que envolve indivíduos que não possuem nenhum traço biológico, porém tem uma convivência com a mulher, esse tipo de violência prejudica o conforto, físico, mental e a liberdade das vítimas.

Este trabalho se fez relevante, pois a enfermagem tem papel fundamental na conscientização do aspecto violência, uma vez que ao trazer o cuidado como foco da assistência, prioriza a autonomia feminina. O profissional de saúde deve estar apto na promoção, orientação e assistência às mulheres vítimas de violência. Destacando como identificar a violência de forma declarada que é aquela em que a mulher expõe a situação que está vivenciando, e a de forma não declarada, onde a mulher apenas apresenta algum sinal ou sintoma que possam levar aos profissionais de saúde, a desconfiar de algum tipo de violência que ela possa estar sofrendo.

A violência contra a mulher é um assunto antigo que transpassa as décadas e que tem necessidade de ser debatido nos serviços de saúde e na sociedade civil. É um fenômeno mundial e tem exigido esforço de grupos e governos para sua eliminação. Diante disso, surgiu a seguinte questão norteadora do estudo: Como se desenvolve a atuação do enfermeiro frente à mulher vítima de violência?

Para responder ao questionamento acima, o objetivo geral foi descrever a assistência de enfermagem à mulher vítima de violência. Já os objetivos específicos foram: descrever os tipos de violência contra mulher, apontar as consequências e os danos causados às mulheres que sofrem violência e, por fim, destacar a importância do profissional de enfermagem e seu papel mediador junto às mulheres vítimas de violência.

Tratou-se de uma revisão de literatura, qualitativa e descritiva, de levantamento nas bases de dados eletrônicos Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Centro Latino-Americano e do Caribe informações em ciências da saúde (Bireme), no site (BVS). Utilizando os descritores: assistência de enfermagem, violência, violência contra a mulher. Foram encontradas publicações sendo selecionadas conforme os 10 critérios de inclusão propostos por esse estudo: data de publicações (2011 a 2022) e idioma (artigos publicados em português).

2. TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A violência contra mulher encontra-se permeada nos demais conceitos de: violência de gênero, violência doméstica, violência intrafamiliar, violência sexual, violência conjugal, violência interpessoal ou violência sexista, já é reconhecida como um problema de

saúde pública e violação dos direitos humanos, não atingindo somente uma determinada raça, cor, idade, classe social, grandes ou pequenas cidades, ou religião, ela é um mal universal.

A violência contra mulher é determinada por aspectos sociais e culturais que definem e legitimam lugares, direitos, deveres e papéis diferenciados para mulheres e homens, embasando a desigualdade de gênero presente historicamente na sociedade contemporânea (MADEIRA, COSTA, 2012, p.87).

A violência é fruto de uma construção histórica influenciada por questões sociais, políticas e culturais, que atinge a humanidade trazendo impactos avassaladores para a saúde pública. Neste sentido, tal prática contra a mulher é vista como um grande problema de saúde pública, principalmente pelo meio em que estas mulheres são agredidas, onde muitas delas são vítimas dos próprios familiares ou de pessoas do convívio diário (MOURA, 2011). Neste contexto, Silvino et al. (2016) acrescentam que as mulheres estão vulneráveis a exposição de eventos violentos, destacando-se a agressão física e sexual pelo simples fato de serem mulheres.

Nesta perspectiva, Trigueiro et al. (2017) trazem que a agressão contra a mulher é uma questão de gênero, se fazendo presente entre homens e mulheres nas diferentes culturas, baseadas em construções sociais do masculino e feminino. Portanto, essas diferenças atribuídas ao gênero pressupõem a violência contra as mulheres.

A violência de gênero representa uma das principais formas de transgressão dos direitos humanos, atingindo as mulheres em seu direito à vida, saúde e integridade física (BRASIL, 2012). Diante deste contexto, várias ações ministeriais foram criadas com vistas ao enfrentamento desse problema, dentre elas a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) criado pelo Ministério da Saúde a fim de intervir no quadro de mulheres que já sofreram algum tipo de abuso. Além disso, o Congresso Nacional aprovou em 2008, o PL 0001/2008 ao qual propusera medidas de enfrentamento e prevenção de agravos às mulheres; outro marco importante foi a Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, a qual exigia do poder público a criação, manutenção e gestão de serviços de prevenção e combate à essa prática (GOMES et al., 2012).

A Lei Maria da Penha nº 11.340/2006, tem como principal objetivo criar mecanismos para inibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, permitindo apoio e condutas de proteção à mulher vitimada e exposta a estes agravos, deste modo, ela passa a ganhar empoderamento diante desse processo (BRASIL, 2012).

Experimentando uma das mais complexas vertentes da problemática da violência, a violência contra a mulher é recorrente e degradante. Destrói a autoestima, diminui a autonomia e qualidade de vida, gerando consequências negativas no âmbito pessoal, familiar, econômico e social na vida dessas mulheres (NETTO et al., 2014).

Assim como não existe um perfil da mulher vítima de violência, também não existe um perfil específico para o agressor, podendo ser este desde o homem mais culto e abastado economicamente, até os menos favorecidos (GOMES, 2012).

A violência sexual contra mulher tem se tornado um dos assuntos mais discutidos

nos últimos anos, este tipo de violência é conceituado como qualquer ato de violência que tem como resultado danos, psicológicos, físicos e sexuais, ou seja, causando qualquer outro tipo de sofrimento para as mulheres. Portanto, existem alguns elementos que estão ligados este tipo de violência como, ameaças, chantagens, humilhações, constrangimento e perseguições (MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM, 2011).

Sabe-se que a violência sempre existiu, contudo para que fosse trabalhada e discutida, as conquistas feministas foram fundamentais para que isso acontecesse, ou seja, as lutas constantes que acontecem hoje em dia demonstram que as mulheres estão conseguindo obter o empoderamento feminino, tendo seus direitos concedidos através da luta por uma sociedade mais justa no qual assegura-se a todas as mulheres, a dignidade humana, o respeito e uma vida sem violência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Destaca-se também o número de feminicídios no Brasil que tem aumentado bastante dando em destaque também para este ato, após a violência sexual, ou seja, muitas vezes é cometido o feminicídio como uma maneira de calar a voz da mulher, sendo assim, é constatada certa vulnerabilidade nas quais muitas mulheres estão submetidas, principalmente pela cultura do estupro e do machismo, e de que a mulher é consideravelmente um sexo frágil (ARAÚJO et al., 2011).

Daí para isto, não é culpa das mulheres seu comportamento ou vestimentas, mas sim de uma sociedade misógina onde possuem permanentemente enraizados, ou seja, precisam ser cortadas para que assim ocorra uma conquista das mulheres que lutam dia e noite por uma sociedade justa (MOURA; GUIMARÃES; CRISPIM, 2011).

O ato da violência sexual contra as mulheres pode ocasionar inúmeras consequências, ou seja, podendo abalar a autonomia, destruindo a autoestima e minimizando também a qualidade de vida. Diante disto, as mulheres sofrem consequência também com a estrutura familiar, pessoal e social, contudo, as agressões geralmente são ameaçadoras, nas quais associam-se à grandes problemas sociais que causam preocupação, como marginalização, desemprego, uso de álcool e drogas, desigualdades sociais, tudo isso ocasiona impactos para a morbimortalidade desta população. Para isto, deve haver adoção de medidas nas quais possam promover a necessária conservação da saúde das mulheres (NETTO et al., 2014).

Sabe-se que a violência sexual contra mulheres é um problema de saúde pública, e esse tipo de violência envolve ameaças, agressões, ferimentos, intimidação psicológica, invasão corporal, gerando grandes traumas psicológicos. Com isso, as vítimas acabam se sentindo envergonhadas e traídas, portanto, as mesmas tentam estruturar novos limites entre si e o mundo (SOUZA et al., 2013).

Sendo assim, essas limitações são produzidas temporariamente pela dinâmica do trauma, por intermédio de desleixo pessoal, ganho de peso, falta de cuidado ou até mesmo a procura de não se sentirem atraentes sexualmente. Outras consequências que podem ser ocasionadas por meio do ato da violência sexual é o desenvolvimento de problemas dermatológicos, comportamento e de aprendizagem (SOUZA et al., 2013).

A vítima poderá sofrer como consequências surgimentos de problemas sexuais, ou seja, estes poderão persistir por vários anos posteriormente ao estupro, consequências

como, dificuldades voltadas a inibição da resposta, como disfunções do desejo juntamente com o receio de excitação. Portanto, a violência sexual é um ato no qual gera medos e inseguranças para as vítimas, o medo é um tipo de sentimento que geralmente transmite inquietação, sendo assim, os efeitos que o provocam são distintos, nos quais dependem da particularidade de cada mulher (NUNES et al., 2017).

A violência física se caracteriza pela agressão, tapas, espancamentos, empurrões, queimaduras ou uso de armas cortantes. Osterne (2011, p. 137) define como:

[...] um ato executado com intenção, ou intenção percebida, de causar dano físico a outra pessoa. O dano físico poderá ser compreendido desde a imposição de uma leve dor, passando por um tapa, até ao extremo de um assassinato. Pode deixar marcas, hematomas, cortes, arranhões, fraturas ou mesmo provocar a perda de órgão e a morte. (OSTERNE, 2011, p. 137).

Quando há denúncias desse tipo de violência, a vítima é encaminhada a fazer o exame de corpo de delito, o que lhe causa situação de humilhação, vergonha e medo de ser ainda mais maltratada.

Já a violência psicológica, é considerada por muitos a pior, pois não deixa marcas no corpo, mas lembranças difíceis de serem esquecidas. Caracteriza-se pelo uso de palavras ofensivas, difamação, manipulação e ameaças. Osterne (2011, p. 135) define como:

A violência psicológica, também conhecida como violência emocional, é aquela capaz de provocar efeitos torturantes ou causar desequilíbrios/sofrimentos mentais. A violência psicológica poderá vir pela via das insinuações, ofensas, julgamentos depreciativos, humilhações, hostilidades, acusações infundadas, e palavrões (OSTERNE, 2011, p. 135).

Segundo Madeira, Costa (2012), "A violência psicológica não é momentânea, mas se delinea na maneira que um cônjuge se relaciona com o outro, considerando este como seu objeto privativo. Dessa forma, alguns homens controlam e submetem emocionalmente as esposas." Insira páginas nas citações diretas

Como violência moral entende-se qualquer ato que cause difamação ou injúria aos princípios da mulher. Osterne (2011, p. 135) afirma que:

A violência moral é tida como aquele tipo que atinge, direta ou indiretamente, a dignidade, a honra e a moral da vítima. Da mesma forma que a violência psicológica, poderá manifestar-se por ofensas, e acusações infundadas, humilhações, tratamento discriminatório, julgamentos levianos, trapaça e restrição à liberdade (OSTERNE, 2011, p. 135).

A lei Maria da Penha inovou na medida em que enquadrou no rol das violências contra a mulher a violência moral e patrimonial. Nada mais justo, quando lembrado da peculiaridade em que se encontra essa relação no que diz respeito à dependência financeira e econômica, além dos comuns insultos e maus tratos verbais a que é submetida a vítima, de forma íntima e pública (CORTES, 2016).

3. CONSEQUÊNCIAS E DANOS CAUSADOS PELA VIOLÊNCIA

O cuidado das mulheres que sofreram violência sexual em sua maioria, ainda está sob a responsabilidade da polícia ou dos serviços de emergência, os quais também podem possuir limitações para responder às reais necessidades das vítimas. O despreparo profissional para cuidar destas mulheres se reflete em pré-conceitos como o de culpar a vítima, desestimulando-a a denunciar o agressor (LEAL, 2019).

Muitas vezes a perseguição ao agressor está em primeiro plano e a atenção às necessidades da vítima fica limitada ao tratamento de eventuais traumas sofridos. A pouca resolutividade no desenvolvimento do cuidado torna o problema mais grave, pois essas atitudes tendem a afastar as vítimas do serviço de saúde, inibe a denúncia e fortalece o conceito de invisibilidade do problema (MENDES, 2018).

Mesmo que os dados sobre a violência contra a mulher registrados pelas Delegacias da Mulher sejam surpreendentes, é preciso atentar que esses números não retratam com fidedignidade a realidade, haja vista que é comprovado que existe subnotificação, pois somente em torno de 10% das mulheres violentadas registram a ocorrência nas Delegacias de Polícia (LEAL, 2019).

Na assistência, há dificuldade na abordagem das vítimas, sendo que a maioria dos profissionais desconhece a forma de lidar com cada situação e seus possíveis encaminhamentos. O acolhimento deve ser minucioso com a escuta de cada detalhe para que se possa estabelecer um plano de cuidados sempre compartilhado com a usuária respeitando sua decisão e seu contexto familiar. Além disso, a mulher deve sempre relatar o ocorrido para que seja possível propor a intervenção. Recomenda-se retomar conceitos e práticas de gênero, direitos humanos e sociais para fortalecer ações acolhedoras (SILVA et al, 2017).

A partir do acolhimento, deve-se fazer os encaminhamentos aos órgãos competentes. A criação de vínculos para facilitar a detecção dos problemas, bem como as visitas domiciliares e o trabalho em equipe em geral com outras áreas são necessários para que se possa abranger todos os cuidados necessários, fazendo parte das ações de cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica que devem ser realizadas e incentivadas pelo enfermeiro durante sua assistência (AGUIAR, 2013).

Enfermeiros assistenciais devem articular o cuidado juntamente com os demais profissionais e serviços prestados e manter o controle do gerenciamento das ações, sendo que o mais importante é o acolhimento às vítimas. Na assistência, o enfermeiro gerencia os trabalhos, a prevenção e os procedimentos para superar a agressão (MOURA et al, 2011). O enfrentamento da violência exige a participação de todos os setores da sociedade, e principalmente das famílias. Políticas públicas devem ser direcionadas, apoiando as leis para a penalização dos responsáveis pelas agressões (MENDONÇA et al 2010).

A violência na maioria das vezes aparece de forma descontextualizada e a conduta de enfermagem deve ser centrada nas suas consequências sobre a saúde física e psicológica da mulher e dos filhos (BONFIM, 2008). Por essa magnitude, o enfrentamento da violência doméstica não pode mais se limitar a ações isoladas, de forma estritamente linear, que por si só não dão conta da complexidade do fenômeno (GOMES et al., 2019).



Muitas mulheres que se consultam em unidade básica de saúde e nos setores de emergência de hospitais vivenciam ou vivenciaram situações de violência, mas isso não é frequentemente investigado e foge conhecimento dos que ali trabalham. Assim, a oportunidade de intervir é perdida juntamente com as chances de desenvolver ações preventivas. Até mesmo em países desenvolvidos, poucos profissionais perguntam rotineiramente sobre violência, alegando falta de tempo; constrangimento em abordar o tema com mulheres que não aparentam ter problemas com violência; medo de que lhes revelem situações com as quais não saberiam e não teriam recursos para lidar; falta de treinamento; falta de suporte nos serviços de saúde e na comunidade para auxiliar as mulheres; desconhecimento de medidas cientificamente aprovadas para lidar com situações de violência. Há controvérsias quanto à eficácia de questionar todas as mulheres sobre a vivência de violência em atendimento de saúde (COSTA, 2012).

Muitas das consequências da violência para com essas mulheres incluem lesões, alterações funcionais, incapacidade permanente e transtornos crônicos. No tocante à saúde mental, identificam-se o estresse pós-traumático, depressão, angústia, fobias, transtorno do pânico, transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa auto-estima e abuso de substâncias psicoativas (MOURA, 2011).

4. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

A assistência à mulher vítima de violência deve ser foco da equipe de enfermagem, pois além de ser considerado um evento bioético muito relevante, pode provocar agravos físicos e problemas psicológicos irreversíveis, fato que necessita de associação de ações que visem prevenção e reabilitação. Sendo assim, no que se refere às potencialidades da assistência de enfermagem, os enfermeiros têm consciência da existência do problema e indicam caminhos para um atendimento eficaz através da conversa e escuta qualificada, prestando atenção nas queixas das usuárias como subsídio para a identificação da violência, bem como, atentando-se para marcas ou lesões que possam desvelar o agravo.

Neste sentido, Morais et al. (2018), ressaltam que a confiança da mulher dentro dos serviços de saúde se dá quando há conhecimento adequado da rede permitindo realização de ações preventivas, com registro, encaminhamentos e acompanhamentos adequados, transmitindo assim um elo de confiança as mesmas, potencializando a assistência.

Cortes et al. (2015) ressaltam que os profissionais devem dialogar com as mulheres vítimas de violência sobre a importância do empoderamento, sobre seus direitos e em relação à importância de conversar e expor seu problema, afim de procurar ajuda da família e profissionais de saúde como um processo de apoio e fortalecimento.

Segundo Cortes et al. (2015) as equipes de enfermagem são vistas como elementos de grande importância para prestar essa assistência a estas mulheres vítimas de violência, visto que são formados para compreender a natureza complexa do conceito de saúde e bem-estar, também o impacto dos fatores psicossociais e socioeconômicos como pobreza, etnia e gênero

Acredita-se que as mulheres buscam os serviços de saúde, após terem lesões físicas decorrentes das agressões. Logo, o cuidado clínico é uma forma de identificar e reconhecer a violência, apesar de não ser a única forma de atendimento, atuando como um momento de extrema importância para que essas mulheres sejam inseridas na rede de atendimento. Portanto, tanto os cuidados clínicos como os não clínicos são fundamentais e necessários na ação dos profissionais de enfermagem a cuidar dessas mulheres, tendo em vista que um completa o outro (CORTES et al., 2015).

Compreende-se por cuidados clínicos, o contato inicial da equipe de enfermagem com a paciente e identificação de sinais e sintomas, bem como a aferição dos sinais vitais, exame das lesões em decorrência da agressão, além de encaminhamento para exames clínicos. Em um segundo momento, desenvolvem os cuidados não clínicos que compreendem a conversa, escuta e orientação a essas mulheres e famílias, mas nem todos os profissionais adotam essas medidas (CORTES et al., 2015 apud CORTES; PADOIN, 2016).

Apesar de alguns profissionais médicos e enfermeiros realizarem esse atendimento prévio, grande parte dos profissionais encaminham essas vítimas para a Delegacia da Mulher (DDM) sem ao menos realizar nenhum outro tipo de conduta, e também visto que o DDM é um serviço de atendimento à violência mais antigo que existe no Brasil, com isso sugere que esse atendimento da violência é apenas como um problema de segurança pública. Mesmo os enfermeiros adotando esse tipo de conduta, pequena percentagem desses acreditam que este não é um lugar mais adequado para lidar com essa situação, visto que os profissionais da DDM não são capacitados e não tem uma fragilidade para lidar com estes problemas (HASSE; VIEIRA, 2014).

De acordo com Hasse e Vieira (2014), em seu artigo intitulado “Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados”, evidencia-se a dificuldade dos profissionais em identificar a violência, como também a forma de agir frente a este problema. Apesar da maioria dos profissionais terem realizados atendimentos a mulheres em situações de violência, dados revelam que os mesmos desconhecem a alta prevalência da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo. A partir de questionamentos realizados com profissionais da área da saúde, em especial médicos e enfermeiros, alguns profissionais revelaram que só consideram casos de violência quando há lesões físicas no corpo da mulher, e as mesmas chegam aos serviços de saúde a procura de cura para tais feridas, ou seja, para eles apenas o aparecimento de hematomas e fraturas é o que irá permitir a identificação da violência (HASSE; VIEIRA, 2014).

Em relação a formação dos profissionais de saúde frente a violência contra a mulher, alguns profissionais relatam ter tido algum conteúdo relacionado a esse assunto na sua grade curricular enquanto que outros não, mas a maioria destes acreditam ser de grande importância que este tema seja abordado nos serviços, e que os profissionais sejam qualificados para agirem frente às necessidades apresentadas (HASSE; VIEIRA, 2014).

Pela prevalência do modelo biomédico, não há assistência adequada a mulheres violentadas e sim uma negligência por parte dos profissionais, pois como a violência não é tida como uma doença, eles não consideram esse fenômeno um problema de saúde. Porém, sabe-se que a violência é um fenômeno complexo e necessita de ações voltadas para a seguridade dos direitos humanos dessas mulheres, e os profissionais podem ser elementos fundamentais para a orientação sobre esses direitos (FREITAS; OLIVEIRA; SIL-



VA, 2013).

As contribuições do enfermeiro voltadas às vítimas de violência, devem ser planejadas para proporcionar segurança, respeito, satisfação, acolhimento, tudo isso voltado para as necessidades individuais da mulher. Para isto, o profissional de enfermagem deve constituir estratégias de cuidados juntamente com os demais profissionais, algumas destas ações podem entrar em destaque, o acolhimento e apoio por meio de toda a equipe, auxílio para a vítima, estabelecendo desde então vínculo de segurança tanto individual quanto institucional, para que assim haja avaliação do histórico da violência juntamente com capacidades de sensibilizar recursos familiares e sociais (FERRAZ et al., 2019).

A assistência de enfermagem deve adotar medidas mais simétricas as necessidades do usuário vítima de violência, ligada no cuidado não apenas direcionado para cumprimento de metas e execução das atividades técnicas, mas ampliado para o olhar multidimensional, com base no resgate do diálogo e reconhecimento da vítima como sujeito, dessa forma a profissional oferta um serviço mais resolutivo para a resolução da problemática (ANDRADE; FONSECA, 2018).

Segundo Monteiro et al. (2017), descrevem que o resgate do enfermeiro sobre a ótica de interagir com o paciente, agindo de forma a valorizar a dignidade e respeito, procurando dessa maneira zelar pelos os que assistem. Nesse contexto a enfermagem possui um olhar multidimensional seja no contexto educacional, social, cultural e econômico, em todas necessidades humanas. Este pensar contemple na compreensão das vítimas de violência, abordando a mulher como ser pessoa e não objeto, possibilitando o diálogo e ajuda a mulher vitimizada.

Para tanto, é percebido o quão importante é o profissional de enfermagem neste contexto, mesmo porque como já mencionado, ele tem um maior contato com as vítimas e a sua contribuição assistencial se torna demasiadamente importante para minimizar os piores efeitos, que por ventura venha a permanecer nessas mulheres

4. CONCLUSÃO

Concluiu-se que a violência contra a mulher parece, muitas vezes, um assunto invisível e silencioso, do qual pouco se fala e que muitas vezes se finge não existir. Muito se deve fazer para que as situações de violência contra a mulher diminuam em todo o mundo. Infelizmente, trata-se de uma questão cultural muito forte inserida na sociedade, fazendo com que as próprias mulheres se considerem inferiores.

Considerando que na maioria das vezes é a equipe de enfermagem que faz o primeiro contato da mulher vítima de violência, este estudo reforça a necessidade da capacitação deste profissional para o reconhecimento e atendimento da mulher em situação de violência.

Uma das dificuldades encontradas pela enfermagem e outros profissionais na assistência à mulher vitimada foi a falta de conhecimento ou capacitação para o cuidado holístico a essa cliente e não se concentrar apenas em sanar os problemas físicos, pois

os psicológicos são os que mais afetam o íntimo e deixam em baixa a estima feminina, dos familiares e às vezes dos próprios profissionais. Dessa forma, resultando em uma assistência de qualidade, segura e humanizada, atendendo a mulher em todos os seus aspectos físicos e emocionais.

Referências

- ABDEL-AAL, R.E.; AL-GARNI, Z. Forecasting Monthly Electric Energy Consumption in eastern Saudi Arabia using Univariate Time-Series Analysis. **Energy**, v. 22, n.11, p.1059-1069, 1997.
- ABRAHAM, B.; LEDOLTER, J. **Statistical Methods for Forecasting**. New York: John Wiley & Sons, 1983.
- AGUIAR, Ricardo Saraiva. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Rev. Enferm. Cent.** – Oeste Min; 3(2): 723-731, maio. –ago. 2013.
- ANDRADE, C.J.M.; FONSECA, A. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n.42, v.3, p: 591- 5, 2018.
- ARAÚJO, RODOLFO JOSÉ GOMES et al. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. **Full Dent Sci**, v.3, n.9, p.78-85, 2011.
- BIANCHINI, Alice. **Lei Maria da Penha: Lei 11.340/ 2006: aspectos assistenciais, protetivos e criminais da violência de gênero**. São Paulo: Saraiva, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Norma Técnica. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL. Presidência da República. **Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicações/2011/politica-nacional>. Acessado em: 4 de abr de 2022.
- CORTES, I. f.; padoin, s. m. m.. Intencionalidade da ação de cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.
- FERRAZ, MARIA ISABEL RAIMONDO et al. O cuidado de enfermagem à vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.4, 2019.
- GOMES, N. P.; et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 2, n. 20, 2012, p. 173-178. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035/2787>>. Acesso em 4 de abr de 2022.
- GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freira; SILVA FILHO, Cláudio Claudio da; SANTOS, Jéssyca Nathyelly Barbosa. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Enferm. UERJ**;17(1):14-17, jan.-mar.2019.
- GUIMARÃES, MAISA CAMPOS; PEDROZA, REGINA LUCIA SUCUPIRA. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia e Sociedade**, 27(2), 256-266, 2015.
- HASSE, m.; vieira, e. m. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Revista Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 482- 493. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf>>. Acessado em: 4 de abr de 2022.
- LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques; GASPAR, Maria Filomena Mendes. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface comun. saúde educ**; 15(37): 409-424, abr.-jun. 2019.
- MADEIRA, Maria Zelma; COSTA, Renata Gomes. Desigualdades de gênero, poder e violência: uma análise da violência contra a mulher. **Revista O público e o privado**, Ceará, nº 19, p. 79-89, Jan/Julho. 2012.

- MAKRIDAKIS, S.; WHEELWRIGHT, S.; HYNDMAN, R.J. **Forecasting Methods and Applications**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 1998.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. . Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2018.
- MENDONÇA, Erica Toledo; SOUZA, Lucimar Viana. Violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. **Rev. Enfermagem**. UFPE on line; 4(2): 874-881, abr./jun 2010.
- MONTEIRO, C.F.S, et. al. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; n.16, v.1, p: 26-31, 2017.
- MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto & contexto enferm**; 19(1): 155-160, jan.-mar. 2010.
- MOURA, M. P. B.; GUIMARÃES, N. C. F., CRISPIM, Z. M. Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 1, n. 4, p. 571-582, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.132> . Acesso em 4 de abr de 2022.
- MOURA, Mayra Patrícia Batista de; GUIMARÃES, Núbia Cristina Ferreira; CRISPIM, Zeile da Mota. Assistência de Enfermagem às mulheres vítimas de violência: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Cent. – Oeste Min**; 1(4): 571-582, 2011;
- NETTO, LEÔNIDAS DE ALBUQUERQUE et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paul Enfermagem**, v.27, n.5, p.458-64, 2014.
- OSTERNE, M. S. A violência contra a mulher na dimensão cultural da prevalência do masculino. **Revista O público e o privado**, Ceará, nº.18, p. 129-45, julho/dez. 2011.
- PELLEGRINI, F.R.; FOGLIATTO, F. Estudo comparativo entre modelos de Winters e de Box-Jenkins para a previsão de demanda sazonal. **Revista Produto & Produção**, v. 4, número especial, p.72-85, 2000.
- SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema; NJAINE, Kathie. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciênc. saúde coletiva**; 19(4): 1255-1262, abr. 2014.
- SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de; MELLO; Vianna, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **J Clin Nurs** 2017; 16:646-53.
- SILVINO, M.C.S. et al. Mulheres e Violência: Características e Atendimentos Recebidos em Unidades de Urgência. **Journal of Health Sciences**. Maringá, v.18, n.4, p.240-244, 2016. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/3240>. Acesso em 4 de abr de 2022.
- SOUZA, F. L. S.; Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprodução e climatério**, v.27, n.3, p.98-103, 2013.
- TRIGUEIRO, T. H. et al. O sofrimento psíquico do cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. **Escola Anna Nery**. São Paulo, v.21,n.3,p.1-7, 2017. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0282.pdf . Acesso em 4 de abr de 2022.

CAPÍTULO 53

O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DA MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM PACIENTES GRAVES

***THE ROLE OF NURSING IN THE MONITORING OF VITAL SIGNS
IN SERIOUS PATIENTS***

Devane Nunes¹

Luciana Coelho Carvalho Oliveira²

1 Graduanda em Enfermagem, Faculdade Pitágoras, São Luís - Maranhão

2 Mestre em Administração Pública e Privada, Fucape Business School, Vitória - Espírito Santo

Resumo

O atual estudo pretende elucidar a equipe de saúde multiprofissional, e em principalmente para os profissionais de enfermagem, assim como o enfermeiro que tem prestado seus cuidados aos pacientes internos monitorizados na unidade de terapia intensiva portanto o profissional enfermeiro que trabalha no cenário da uti, deve prestar um cuidado mais rigorosa e minuciosa referente aos cuidados fornecidos aos pacientes, como a administração de medicamentos, cuidados integrais de higiene e alimentação e a monitorização hemodinâmica frequentemente, para que através de dados recebidos através da monitorização hemodinâmica seja prestada uma assistência de enfermagem assegurada e com olhar preventivo diminuindo assim as complicações, dessa forma questiona-se a partir da situação problema: que ações tem sido descrita na literatura sobre a atuação do enfermeiro na monitorização em pacientes graves? O objetivo geral deste estudo é compreender a importância dos cuidados de enfermagem frente ao paciente grave. A metodologia utilizada neste estudo foi uma pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva e qualitativa, e publicadas por meios eletrônicos, como artigos científicos e páginas de web sites.

Palavras-chave: Sinais Vitais; Monitorização; Assistência de Enfermagem.

Abstract

The current study aims to elucidate the multiprofessional health team, and mainly for nursing professionals, as well as the nurse who has been providing care to inpatients monitored in the intensive care unit. therefore, the professional nurse who works in the icu scenario, must provide more rigorous and detailed care regarding the care provided to patients, such as medication administration, comprehensive hygiene and food care and hemodynamic monitoring frequently, so that through data received through hemodynamic monitoring, assured nursing care is provided and with a preventive eye, thus reducing complications, in this way one wonders from the problem situation: what actions have been described in the literature on the role of nurses in monitoring in critically ill patients? The general objective of this study is to understand the importance of nursing care in the face of critically ill patients. The methodology used in this study was a bibliographic search with a descriptive and qualitative approach, and published by electronic means, such as scientific articles and web site pages.

Key-words: Vital signs; Monitoring; Nursing Assistance.

1. INTRODUÇÃO

A monitorização dos sinais vitais é um dos mais relevantes e fundamentais instrumentos no manuseamento de pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. Hoje, é possível destacar e observar uma ampla complexidade de sinais fisiológicos através de diversas técnicas, invasivas e não invasivas. O intensivista deve ser qualificado para apontar e realizar o método de monitorização mais adequado de acordo com as necessidades individuais do paciente, considerando a relação risco-benefício da técnica.

Desta maneira, justifica-se o atual estudo para elucidar para a equipe de saúde multiprofissional, e em principalmente para os profissionais de enfermagem, assim como o enfermeiro que tem prestado seus cuidados aos pacientes internos monitorizados na unidade de terapia intensiva.

O problema apresentado na pesquisa, que ações tem sido descrita na literatura sobre a atuação do enfermeiro na monitorização em pacientes graves? O profissional de enfermeiro juntamente com toda sua equipe de enfermagem tem o dever de elaborar métodos de busca e de atenção aos pacientes graves em monitorização, com a perspectiva de reduzir os riscos e agravos para o mesmo.

Objetivo geral apresenta compreender a importância dos cuidados de enfermagem frente ao paciente grave, no primeiro capítulo irá apresentar os conceitos de monitorização, sinais vitais, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, no segundo capítulo destaca os principais parâmetros analisados na monitoração invasiva e não invasiva e no terceiro capítulo descreve a assistência de enfermagem frente ao paciente em monitorização.

A metodologia utilizada neste estudo foi uma pesquisa bibliográfica com abordagem descritiva e qualitativa dos dados, visando responder ao problema formulando e atingir os objetivos do estudo de forma eficaz, embasado em levantamento bibliográfico no período de 2012 a 2022. A busca na literatura será realizada a partir das bases de dados *scientific electronic library online* (scielo), google acadêmico e literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (lilacs).

2. CLASSIFICAÇÃO: MONITORIZAÇÃO, SINAIS VITAIS, MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA E NÃO INVASIVA

Os sinais vitais apontam a situação hemodinâmica de um indivíduo. A análise pautada destes parâmetros oferece maiores parâmetros para manifestações rápidas e competentes, na intenção de se conquistar o regresso à condição básica do indivíduo. Em terapia intensiva, a análise hemodinâmica não invasiva é um objetivo a ser conquistado, pois, pelas situações que transfere a internação nesta unidade, normalmente fragilidade hemodinâmica grave, os parâmetros vitais são essenciais indicadores de resultado orgânico à terapêutica ofertada (WALDIMIR, 2012).



A monitorização hemodinâmica é de grande valia no cuidado ofertado ao paciente grave com o intuito de identificar e analisar os problemas do estado hemodinâmico do cliente para que se possa intervir com uma terapia correta e com a finalidade de prevenir assim maiores transtornos melhorando assim o prognóstico do paciente (SILVA, 2013).

Segundo Azeredo e Oliveira (2013), A monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, usada para medir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para definir a eficácia do tratamento. Para a elaboração da monitorização hemodinâmica básica recomenda-se como os seguintes elementos frequência cardíaca (FC), diurese, Eletrocardiograma (ECG) contínuo, saturação arterial de oxigênio (SpO₂), pressão arterial média não-invasiva, frequência respiratória (FR), temperatura. Os sinais vitais são, entretanto, parâmetros essenciais no acompanhamento do paciente grave, pois, parâmetros anormais sinalizam um alerta de gravidade (PERGHER; SILVA, 2014).

No entanto, normalmente, a monitoração é realizada de modo invasivo, disponibilizando parâmetros vitais mais necessários, mas com um perigo maior ao paciente, tendo como exemplo, infecção. Pelo risco elevado de infecção e prováveis consequências graves, a monitorização hemodinâmica não-invasiva deve ser realizada o mais cedo que o estado do paciente permitir. São parâmetros principais: temperatura, pulso, pressão arterial, respiração, eletrocardiograma, oximetria de pulso e monitorização cardíaca (WALDIMIR, 2012).

Na ocasião em que a persistência hemodinâmica do paciente fica prejudicada, há a obrigação de se ter acesso aos parâmetros vitais com métodos invasivos, como a pressão arterial média, pressão venosa central e o cateter de SwanGanz, à monitorização invasiva do sistema arterial e venoso, aplicada para aferir pressões intracardíacas, intrapulmonares, intravasculares e também para estabelecer a eficiência da terapia. Independentemente do rápido avanço das técnicas de monitorização não invasiva, a monitorização hemodinâmica invasiva é essencial nas Unidades de Terapia Intensiva –UTI (RAMOS et al., 2016).

A monitorização hemodinâmica, no entanto, é parte principal da chegada ao cliente crítico tanto na sua investigação, terapêutica, quanto no cuidado de modificações hemodinâmicas graves em pacientes no per e pós-operatório. As técnicas invasivas formam parte do sistema de monitorização do paciente crítico, no entanto com estudos analisados e prospectivos apontando que a monitorização invasiva do débito cardíaco por cateter de artéria pulmonar não se reduz em desenvolvimento da mortalidade (VINCENT et al., 2013).

Atuais monitores hemodinâmicos pouco invasivos aparecem no mercado, proporcionando, além da aferição contínua do débito cardíaco, junto à avaliação do status volêmico do cliente e prevendo ao resultado terapêutico. Ainda que seu uso em clientes instáveis está exposto à crítica, esta monitorização vem sendo sucessivamente mais aplicada em nossas unidades de terapia intensiva (VINCENT et al., 2013).

Os representativos princípios de um processo de monitorização hemodinâmica precisam ter capacidades importantes e relevantes de forma elaborada e reproduzível, desenvoltura de uso, independente do operador, ágil tempo-resposta, não causar males, ser custo-efetivo e oferecer dados que conduza a terapêutica. Porém nenhum dos processos

recentes em uso preenche estes fundamentos e, assim, seu uso nas UTIs necessita da disponibilidade e da prática da equipe com determinado instrumento (VINCENT et al., 2013).

A monitorização hemodinâmica –invasiva ou não invasiva está interligada ao desenvolvimento do indivíduo grave, uma vez que, ao observar esses parâmetros é possível analisar situações de instabilidade hemodinâmica como choques e má perfusão ou hipóxia tecidual. Da mesma forma, é viável visualizar o estado da gasométrica, volêmica e dos demais padrão, para que a equipe intensivista possa realizar uma terapia e analisar a resposta desta terapia e seus prováveis desfechos (CANO et al., 2012).

No entanto, o monitoramento de diversas hemodinâmicas é essencial para recuperar as chances de sobrevivência do cliente, servindo de parâmetro o feedback a terapêutica e à gravidade do estado de saúde (XIA et al., 2016). Portanto em consideração esse contexto, planejar um perfil social, clínico e hemodinâmico se torna de grande valia para a melhor entendimento sobre os óbitos em unidade de terapia intensiva, de acordo com os habitantes e realidade local.

A descrição dos pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva é agitada e, nos últimos anos, foram observadas mudanças epidemiológicas das pessoas e a elevação da demanda por leito (FERRETTI-REBUSTINI et al., 2012). Portanto, é de suma importância a frequência de revisão desses dados para contribuir no desenvolvimento de ações que melhorem o cuidado de pacientes críticos enfermos e, levando assim, na diminuição da morbimortalidade.

3. PARÂMETROS DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA E NÃO INVASIVA

3.1 Monitorização não invasiva

Os parâmetros analisados valem tanto para o diagnóstico clínico como para direção da terapêutica, colaborando dessa forma para segurança do indivíduo grave. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA Para segurança do cliente deve-se diminuir, a um mínimo aceitável, os riscos e agravos desnecessários relacionados ao cuidado de saúde do paciente (BRASIL, 2013).

A monitorização é o apoio da estruturação de uma unidade de tratamento intensivo. No entanto, cabe pensar que os mais avançados e moderno monitor sem alarmes aumentados e ajustados não tem efeito algum. A atuação do enfermeiro é de suma importância nesse momento, na investigação clínica do paciente e no ajuste dos parâmetros do monitor, designando os limites dos alarmes (KROKOSCK, 2011).

Os sinais vitais são conhecidos como os principais parâmetros para as verificações das transformações fisiológicas do paciente. Compõem uma das partes do exame físico eficaz no monitoramento das condições do indivíduo. As mudanças devem ser analisadas pelos profissionais da equipe de saúde, e assim que for reconhecido, devem ser realizados os cuidados essenciais para tratar ou minimizar tais alterações observadas. Procurando



assim, entender como são os indicadores dos parâmetros vitais, analisando os fatores fisiológicos e monitorando o resultado do paciente a terapêutica (PORTO; VIANA, 2012).

O paciente que mostra mudanças na temperatura em associação a elevação ou a sua diminuição, pode apontar várias situações não fisiológicas, como por exemplo infecções e vários tipos de choque. A temperatura do corpo humano é entre 35,8 e 37,2°C. Em média, conceitua-se temperaturas normais: a oral de 37°C, axilar de 36,4°C e a retal de 37,6°C. Segundo Porto e Viana, (2010, p. 81) as variações da temperatura vista acima do normal sendo variados como - febrícula: 36,9 a 37,4 cº; estado febril: 37,5 a 37,9 cº; febre: 38 a 39 cº; pirexia: 39,1 a 40 cº; hiperpirexia: acima de 40 cº. Ao obter esses parâmetros, a assistência pode ser feita mais rapidamente para que se consiga a recompor o padrão fisiológico do paciente. Alguns destes cuidados em relação à temperatura podem ser através da frigoterapia e administração de medicamentos conforme prescrição passada pelos profissionais médicos.

O pulso é a contração e dilatação de uma artéria, concordando-se os batimentos cardíacos (PORTO; VIANA, 2012). A verificação do pulso pode ser feita nas artérias radial, temporal, carótida e femoral. O pulso aponta dados da estabilidade cardíaca do cliente, onde pode ser fiscalizado com frequência pelo profissional que está o acompanhando. Este profissional deve possuir conhecimentos sobre os limites de normalidade do pulso para cada idade, pois assim saberá intervir em cada procedimento que o paciente necessitar, como por exemplo, em uma arritmia cardíaca que é a mudança do batimento ou ritmo cardíaco, como batimento muito acelerado que chega mais de 100 bpm (taquicardia), quando devagar 60bpm (bradicardia) ou irregular. Os parâmetros são, para o homem, de 60 a 70 batimentos por minuto (bpm); para a mulher, de 65 a 80 bpm; para a criança, de 110 a 115 bpm; para a lactante, de 115 a 130 bpm; e, por fim, para o recém-nascido, de 130 a 140 bpm.

A pulsação é o impulso exercido pela expansão e pelo relaxamento das artérias resultantes dos batimentos cardíacos. A obtenção da frequência cardíaca dá-se através da palpação dos pulsos centrais (carotídeo ou femoral) e dos pulsos periféricos (radial, ulnar, poplíteo, tibial posterior). A falta do pulso pode apontar o fechamento arterial. A investigação do pulso inclui a definição da frequência de pulso e a verificação de sua qualidade, que compreende ritmo e força (SOUZA, 2016).

Temos também um sinal vital importante que é a respiração, fazendo-se a troca de gases, (oxigênio e gás carbônico) realizada entre o organismo e o meio externo, conclusão pelos movimentos respiratórios de inspiração e expiração (PORTO; VIANA, 2012). Os padrões de normalidade para o homem são de 15 a 20 movimentos respiratórios por minuto (mrpm); para a mulher: 18 a 20 mrpm; para a criança: 20 a 24 mrpm; e para a lactante: 30 a 40 mrpm.

Constituiu-se na investigação da saturação periférica de oxigênio a partir do uso do oxímetro de pulso. Aparelho que permite uma monitorização constante e não invasiva da saturação parcial de oxigênio (SpO₂), que demonstra a relação entre oxi hemoglobina (cO₂Hb) e a soma das concentrações de oxi e desoxi hemoglobina (cHb) (NUNES, 1999). A investigação da oximetria pode ser mudada devido a fatores periféricos, tais como hipotermia, vasculopatias, DM, cianose de extremidades, esmaltes, intoxicação por monóxido de carbono, a circunstância da circulação periférica é um fator a ser analisado quando usada a oximetria transcutânea (NAEMT, 2014).

A pressão arterial é a força realizada pelo sangue circulante sobre as paredes das artérias, que necessita da força de constrição do coração, da fração de sangue circulante e da resistência das paredes dos vasos sanguíneos. Segundo Porto & Viana (2010) a pressão é alcançada por meio de dois valores: pressão sistólica ou máxima e pressão diastólica ou mínima. Para os dois autores, a medida da normalidade é de 90 a 140 mmHg na Pressão sistólica e 60 a 90 mmHg na pressão diastólica.

3.2 Monitorização invasiva

Dentre os padrões aplicados o ecocardiograma e o cateter de artéria pulmonar são os mais aplicados, o cateter de artéria pulmonar é o mais usado, porém não se sabe se é adequado assegurar que é o aparelho que transmita mais confiança ou se pela problemática de se terem mais instrumentos na rede particular do que na rede pública (DIAS, 2014).

No entanto à monitorização da pressão arterial, a forma invasiva é mais utilizada para o paciente grave, visto sua fidedignidade (CHEREGATTI; AMORIM, 2011; DIAS et al., 2010). O consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico (DIAS et al., 2010) preconiza que a monitorização da PAM seja realizada em pacientes em emergências hipertensivas, estados de choque, em uso de aminas vasoativas, vasodilatadores, vasopressores ou inotrópicos. Outra recomendação é a dificuldade da obtenção frequente de amostras de sangue para gasometria, como no paciente com insuficiência respiratória e grave anormalidades do equilíbrio ácido-base. Ainda deve ser feito em pacientes em intra e pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca e neurológica ou outras maneiras nas quais não se pode tolerar hipotensão ou variações bruscas da PAM, como no decorrer da monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) e em clientes em uso de balão intra-aórtico (DIAS et al., 2010).

Para que a monitorização da pressão invasiva seja confiável algumas medidas devem ser observadas pelo enfermeiro: o cateter deve estar bem posicionado, fixado e com bom fluxo; nivelar o domus com a linha axilar média do paciente; “zerar” o sistema; remover bolhas e coágulos do sistema; realizar o teste de “lavagem” (*flush test*); garantir a permeabilidade do cateter através de fluxo contínuo de solução heparinizada ou de bolsa pressurizada com 300mmHg de pressão; além de ajustar os valores dos alarmes de acordo com a necessidade do paciente (CHEREGATTI; AMORIM, 2010). Esses cuidados são necessários para que a monitorização não seja subutilizada e sim um guia para tomada de decisão (SILVA et al., 2012)

A monitorização intra-arterial é realizada pelo meio da introdução de um cateter numa artéria e a correlação deste cateter a uma esquematização de fluxo de alta pressão, com soro heparinizado. As artérias normalmente selecionadas para esse tipo de monitorização são a radial ou a femoral. Essa monitorização é realizada nos casos que há dificuldade de uma monitorização contínua da pressão arterial do doente e liberando também um ágil acesso para conseguir a gasometria arterial ou dentre outras amostras laboratoriais (MONAHAN, 2011).

A verificação da pressão venosa central pode ser feita por meio da aplicação de um



cateter venoso central, ligado a um transdutor ou por meio de um manómetro de água, ou por meio da função do cateter da artéria pulmonar (cateter de Swan-Ganz), quando for fundamental a avaliação da pressão da artéria pulmonar e da função cardíaca esquerda. Os lugares de inserção do cateter venoso central são a veia jugular interna ou externa e veia subclávia (MONAHAN, 2011).

O controle da pressão intracraniana faz-se por meio da introdução de um cateter através do crânio, no lugar subaracnoídeo ou no ventrículo cerebral. Tal como na verificação da pressão intra-arterial e da PVC, esta trabalha por meio de um conjunto com transdutor que reúne dados que são mostrados continuamente no ecrã, autorizando ao enfermeiro avaliar frequentemente os retornos do doente às intervenções e atuar rapidamente. Este tipo de verificação é usado para fiscalizar as mudanças na pressão dentro da cavidade craniana em doentes com PIC instável ou que mostrem hipertensão intracraniana. No entanto, o cateter também pode ser usado para aspirar líquidos cefalorraquidianos para investigação ou exames bacteriológicos, e para aliviar a PIC elevada (MONAHAN, 2011).

A monitorização da artéria pulmonar é realizada por meio da inserção do cateter de Swan-Ganz, pela veia subclávia ou pela veia jugular interna até a artéria pulmonar. O cateter de Swan-Ganz, que tem um balão na ponta distal, que é insuflado com cerca de 1 ml de ar quando o fluxo de sangue, que passa pelo coração do doente, empurra o balão até a artéria pulmonar. Uma vez colocado corretamente o cateter, o balão é esvaziado e o equipamento de monitorização e transdução é ligado ao cateter. (MONAHAN, 2011).

Além disso, este cateter tem diversos lúmenes incluídos num lúmen maior e cada um abre num ponto diferente ao longo do comprimento do cateter, podendo ser utilizado para administração de respostas mais agressivas, que poderiam lesar as veias periféricas. (MONAHAN, 2011). Segundo Ramos et al. (2010), a cateterização da artéria pulmonar permite o registo das seguintes pressões: Pressão do Átrio Direito (PAD); Pressão da Arteria Pulmonar (PAP); Pressão de Capilar Pulmonar (PCP); Débito Cardíaco (DC) e Índice Cardíaco (IC).

4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE EM MONITORIZAÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é a área do hospital encarregado pela terapêutica de pacientes graves, pois é o setor que mais disponibiliza de recursos tecnológicos específicos, para um cuidado mais complexo no que se diz a respeito ao cuidado ao paciente em estado grave, acentuando-se um cuidado mais severo e livre de iatrogenias (BENEDET; BRASIL, 2012).

Ofertar ao paciente um atendimento especializado, através das ações da intervenção de enfermagem diariamente como também as atividades de diagnóstico e reabilitação, através de uma fiscalização mais atenciosa com relação aos sinais vitais que mostram os diversos sinais fisiológicos sendo capaz de apontar assim a condição do paciente (PEREIRA et al., 2015).

A UTI deve abranger um espaço adequado no hospital devido ao suporte tecnológi-

co desenvolvido usado nas intervenções médicas de difícil realização como também ao maquinário usado no suporte ao paciente como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, entre outros para que quando for preciso sejam realizadas intervenções rápidas e eficaz ao paciente grave (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

A monitorização hemodinâmica é de grande importância na assistência ofertada ao paciente crítico com o intuito de identificar e avaliar as objeções do estado hemodinâmico do paciente para que se possa intervir com um cuidado adequada e com o sentido de prevenir assim maiores complicações aperfeiçoando assim o prognóstico do cliente (SILVA, 2013).

O profissional enfermeiro que trabalha no cenário da UTI, deve prestar um cuidado mais rigorosa e minuciosa referente aos cuidados fornecidos aos pacientes, como a administração de medicamentos, cuidados integrais de higiene e alimentação e a monitorização hemodinâmica frequentemente, para que através de dados recebidos através da monitorização hemodinâmica seja prestada uma assistência de enfermagem assegurada e com olhar preventivo diminuindo assim as complicações (FARIA; CASSIANI, 2011).

A finalidade da enfermagem é o cuidado com o ser humano, que deverá ser realizado com qualidade e segurança. Considera-se essencial que os enfermeiros que atuam na UTI devem ter um entendimento que vai desde a administração e efeito das drogas até o funcionamento dos dispositivos e as atividades diariamente que fazem parte do setor (FARIA E CASSIANI, 2011).

As intervenções que são realizadas pelo enfermeiro com base nos dados observados através da monitorização hemodinâmica, requerem do enfermeiro uma vigilância constante para que sejam observados a tempo de intervir a fim de impedir possíveis complicações que possam interferir no prognóstico do paciente (GALO et al., 2013).

O enfermeiro que trabalha em unidade de terapia intensiva por lida com a monitorização hemodinâmica na rotina, deve se atentar para receber sempre aprendizados que podem ser recebidos através de uma educação continuada e durável, afim de que se possa obter um entendimento mais aprofundado e explorar as novas tecnologias disponíveis no mercado (COSTA et al., 2014).

Ainda na monitorização hemodinâmica o enfermeiro precisa ficar atento aos processos para que se possam impedir o risco de infecção, seguindo os cuidados obedecidos tais como a higienização das mãos, utilização de luva estéril, limpeza do sítio de inserção do cateter, proteção das conexões do cateter, troca de curativo e checklist das necessidades de manutenção do cateter (SANTOS et al., 2014).

O enfermeiro por meio da monitorização hemodinâmica, junto a sistematização da assistência de enfermagem, pode observar e agir a tempo de evitar tais complicações, diminuindo assim o desconforto do paciente e ajudando para uma assistência de enfermagem eficiente, que é pautada através de um plano de cuidados individualizado que ver a carência do paciente como um todo (COSTA et al., 2014).



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A monitorização dos sinais vitais é um dos mais relevantes e fundamentais instrumentos no manuseamento de pacientes críticos na Unidade de Terapia Intensiva. Hoje, é possível destacar e observar uma ampla complexidade de sinais fisiológicos através de diversas técnicas, invasivas e não invasivas. O intensivista deve ser qualificado para apontar e realizar o método de monitorização mais adequado de acordo com as necessidades individuais do paciente, considerando a relação risco-benefício da técnica.

Um profissional de enfermagem que tem embasamento teórico e científico, no momento em que aferir, registrar adequadamente os sinais vitais está ofertando uma assistência de enfermagem diferenciada. Muitos pacientes são salvos única e exclusivamente pela observação dos sinais vitais por uma equipe qualificada e responsável

Contudo, é essencial destacar a importância de uma monitorização contínua em pacientes críticos em ambiente de terapia intensiva, sendo importante a atuação da enfermagem neste âmbito de parâmetros vitais. Além disso, o olhar crítico, focado e constante com este paciente e seus sinais vitais, impede vários danos, previne sequelas e promove assim uma assistência imediata da enfermagem e multiprofissional quanto ao estado clínico do mesmo.

Referências

- AZEREDO TRM, OLIVEIRA LMN. Monitorização Hemodinâmica Invasiva. **Revista Sinais Vitais**. 2013; 2(108):44-53.
- BENEDET SA, BRASIL N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2012; 3(2):522-537.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013, Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Poder Executivo, Brasília, DF, 2013.
- CANO AG, et al. Evidence on the utility of hemodynamic monitorization in the critical patient. **Medicina Intensiva**, 2012; 36(9): 650-655.
- CHEREGATTI, A.L.; AMORIM, C.P. **Enfermagem em terapia intensiva**. 1ªed . São Paulo: Martinari, 2010.
- COSTA RC, Cardoso SB, Sousa LL, Soares TR, et al. Atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**. 2014; 7(3):157-164.
- DIAS FS, Rezende EAC, Mendes CL, Júnior JMS, et al. Monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva: uma perspectiva do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2014; 26(4):360-366.
- DIAS, F.S. et al. Parte II: monitorização hemodinâmica básica e cateter de artéria pulmonar. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 18, n.1, Jan/Mar. 2006. Disponível em: . Acesso em 06 abr. 2013.
- FAVARIN SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFSM**. 2012; 2(2):320- 329.
- FERRETTI-REBUSTINI REL, et al. Level of acuity, severity and intensity of care of adults and older adults admitted to the Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2019; 53: e03416.
- GALO ARL, Diogo CAS, Cipriano DN, Araújo I, et al. Comportamentos dos enfermeiros perante os alarmes clínicos em unidades de cuidados intensivos: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Referên-**

cia **III**. 2013; 3(11):105-112.

KROKOSZ, D. V. C. Monitoração Hemodinâmica Invasiva. In: PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI: Cuidando do Paciente Crítico**. 1 ed., Barueri: Ed Manole, 2010. p. 284 – 305.

MONAHAN, F.D. (2011). **Cuidados Críticos**. In N. S. Blair (Ed.). Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença (Vol. 1, 8ª ed., pp. 1 a 580). Portugal: Lusodidacta.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). AMLS – **Atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas**. São Paulo : Elsevier, 2014. 576 p.

NUNES, Wilma A.; TERZI, Renato G.G. Oximetria de pulso na avaliação do transporte de oxigênio em pacientes críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 79-85, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13465.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

PEREIRA PSL, Neto AMC, Moreira WC, Carvalho ARB, et al. Repercussões fisiológicas a partir de cuidados de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Revista Prevenção Infecção e Saúde**. 2015;1(3):55-66.

PERGHER AK, Silva RCL. Tempo estímulo- resposta aos alarmes de pressão arterial invasiva: implicações para a segurança do paciente crítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2014; 35(2):135-141.

PORTO, A.; Viana, D. L.; **Curso Didático de Enfermagem**. 6. ed. São Caetano do Sul: Yends, 2010.

RAMOS CCS, Dal Sasso GTM, Martins CR, Nascimento ER, Barbosa SFF, Martins JJ, et al. Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. 2016,42(3):512-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300014>.

SANTOS SF, Viana RS, Alcoforado CLGC, Campos CC, et al. Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: **uma revisão integrativa**. **Revista Sobecc**, São Paulo. 2014; 19(4):219-255.

SILVA WO. Monitorização hemodinâmica no paciente crítico. **Revista Hupe**, Rio de Janeiro. 2013; 12(3):57-65.

SILVA, R.C. et al. Fadiga de alarmes. In: FIGUEIREDO, N. M. A., MACHADO, W. C. A. (org). Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. São Paulo: Roca. 2012. p. 1550-1570.

SOUZA, Emiliane N. de (org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-deSouza-\(org\)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/CECILIA/Downloads/Emiliane-Nogueira-deSouza-(org)---Manual-de-Procedimentos-em-Enfermagem.pdf). Acesso em 7 ago. 2018.

VINCENT J-L, Rhodes A, Perel A, Martin GS, Della Rocca G, Vallet B, et al. **Clinical review: Update on hemodynamic monitoring-a consensus of** 16. *Crit Care*. 2013,15(4):229. <http://dx.doi.org/10.1186/cc1029>.

WALDIMIR Coelho, **Assistência de enfermagem na monitorização hemodinâmica**. 2011.

A edição deste livro conciso e essencial sobre temas importantes na área científica da Enfermagem, trás dados atuais nos TCC's – Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvidos e apresentados por alunos e orientadores, refletindo os avanços recentes no campo da saúde. Esta edição é apresentada e descrita com temas atuais na Área e em especial na Enfermagem, acrescido de assuntos relevantes e ricamente detalhadas. Esta obra oferece uma perspectiva bem formatada sobre a abordagem assistencial e gerencial junto ao atendimento da Enfermagem. Os capítulos abordam temas de diversos seguimentos da Enfermagem e sugerem as melhorias na assistência, com orientações metodológicas, operacionais e estrutura textual, além de sugestões de busca eletrônica dos dados e exemplos bibliográficos de pesquisa.

