



# O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 4

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)

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

**O Conhecimento na Competência  
da Teoria e da Prática em  
Enfermagem 4**

**Atena Editora**  
**2019**

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

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

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
C749	O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 4 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem; v. 4)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-618-8 DOI 10.22533/at.ed.188191109  1. Enfermagem – Prática profissional. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.  CDD 610.73
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “*O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 4*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 18 capítulos, o volume 4 aborda a Enfermagem no como atuante na assistência materno-infantil, na saúde da mulher, da criança e do adulto, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

Esse olhar diferenciado promove o conhecimento, facilitando a atuação do profissional diante das especificidades inerentes a cada público. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma mais eficaz, gerando resultados cada vez mais satisfatórios.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, este volume I é dedicado ao público de mulheres, incluindo a atuação da enfermagem em ginecologia e obstetrícia, na vertente materno-infantil, e estudo voltados à violência contra a mulher. Além disso, as publicações também oferecem suporte com evidências relacionadas à saúde da criança, mortalidade infantil e saúde do adulto, trazendo assuntos inerentes aos cuidados ao paciente com diabetes mellitus, doenças neurológicas, ostomia e insuficiência respiratória aguda.

Ademais, esperamos que este livro possa fornecer subsídios para uma atuação qualificada, humanizada e com um olhar especial no que diz respeito à saúde da mulher e da criança, bem como do binômio mãe-filho, além da saúde dos demais públicos, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
AÇÕES EXTENSIONISTAS VOLTADAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Solange Rodrigues da Costa</i>	
<i>Lara Souza Lima Lins</i>	
<i>Maria Carlota de Rezende Coelho</i>	
<i>Jaçamar Aldenora dos Santos</i>	
<i>Adriane Souza Sena</i>	
<i>Caroline Nascimento de Souza</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1881911091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>12</b>
AMIGOS DE DONA CARLOTA: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE APOIO A MULHERES ACOMETIDAS COM CÂNCER DO MUNICÍPIO DE INDEPENDÊNCIA- CE	
<i>Francisco Arlysson da Silva Verissimo</i>	
<i>Samilla Gzella Gonçalves Lima</i>	
<i>Maria Naiane Santos Silva</i>	
<i>Antonia Cristiane Sales Silva</i>	
<i>Ana Paula Alves da Silva</i>	
<i>Jaquelina Aurelio Machado</i>	
<i>Deborah Ximenes Torres de Holanda</i>	
<i>Amanda Luiza Marinho Feitosa</i>	
<i>Fernanda Severo do Nascimento</i>	
<i>Jose Siqueira Amorim Junior</i>	
<i>Antonia Jorgiane Rodrigues de Macêdo</i>	
<i>Camila Maria de Araújo Pinto Sousa</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1881911092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>17</b>
COMPLICAÇÕES EM RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES	
<i>Isabela Merigete Araújo</i>	
<i>Isabelle Kaptzky Ballarini</i>	
<i>Isadora Dos Reis Martins</i>	
<i>João Pedro Oliveira De Souza</i>	
<i>Johann Peter Amaral Santos</i>	
<i>Júlia Guidoni Senra</i>	
<i>Luciana Carrupt Machado Sogame</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1881911093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>29</b>
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Sarah Ellen da Paz Fabricio</i>	
<i>Samuel Miranda Mattos</i>	
<i>Irialda Saboia Carvalho</i>	
<i>Kellen Alves Freire</i>	
<i>Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1881911094</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 33**

**DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO FEMININA QUE GERAM RESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DA COLPOCITOLOGIA**

*Tatiana Carneiro de Resende*  
*Sandy Leia Santos Silva*  
*Emerson Piantino Dias*  
*João Paulo Assunção Borges*  
*Mayla Silva Borges*  
*Richarlisson Borges de Moraes*  
*Tatiany Calegari*  
*Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão*  
*Karla Oliveira Marcacine*  
*Maria Cristina Gabrielloni*  
*Zelina Hilária de Sousa Rosa*  
*Jessica de Oliveira Gomes Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.1881911095**

**CAPÍTULO 6 ..... 46**

**O AUTO CUIDADO NA SAÚDE DAS MULHERES ENFERMEIRAS NO MUNICÍPIO DE ASSÚ/RN**

*Ilza Iris dos Santos*  
*Ennytelani Tâmara Ferreira de Oliveira*  
*Laurellena Barata Gurgel Dutra*  
*Rodrigo Jacob Moreira de Freitas*  
*Sibele Lima da Costa Dantas*  
*Rúbia Mara Maia Feitosa*  
*Natana Abreu de Moura*  
*Renata de Oliveira da Silva*  
*Ingrid Rafaely Alves Saraiva*  
*Maria Alcione Oliveira da Silva Chaves*  
*Erison Moreira Pinto*  
*Maria Neucivânia de Medeiros*

**DOI 10.22533/at.ed.1881911096**

**CAPÍTULO 7 ..... 59**

**O CLIMATÉRIO NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA DO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

*Camila Ribeiro Amorim*  
*Eliana Faria de Angelice Biffi.*

**DOI 10.22533/at.ed.1881911097**

**CAPÍTULO 8 ..... 71**

**O PAPEL DAS DOULAS E A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

*Tatiana Carneiro de Resende*  
*Mariana Rodrigues Cardoso*  
*Emerson Piantino Dias*  
*João Paulo Assunção Borges*  
*Mayla Silva Borges*  
*Richarlisson Borges de Moraes*  
*Tatiany Calegari*  
*Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão*  
*Karla Oliveira Marcacine*

*Maria Cristina Gabrielloni  
Zelina Hilária de Sousa Rosa  
Jessica de Oliveira Gomes Silva*

**DOI 10.22533/at.ed.1881911098**

**CAPÍTULO 9 ..... 83**

O PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM NARRADA PELA MÍDIA IMPRESSA PARAENSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO

*Euriane Castro Costa  
Vera Lúcia de Azevedo Lima  
Victor Assis Pereira da Paixão  
Raine Marques da Costa  
Adria Vanessa da Silva  
Eliseu Pedroso de Macedo  
Ana Karolina Souza da Silva  
Brenda Jamille Costa Dias  
Carolina Pereira Rodrigues*

**DOI 10.22533/at.ed.1881911099**

**CAPÍTULO 10 ..... 91**

OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO

*Jeane Pereira Ramos*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110910**

**CAPÍTULO 11 ..... 100**

PERCEPÇÕES DE ACADÊMICAS DE UMA FACULDADE PRIVADA SOBRE VIAS DE PARTO

*Christina Souto Cavalcante Costa  
Micaele Nascimento da Silva Amorim  
Erliene de Oliveira Gomes  
Rosemar Macedo Sousa Rahal  
Ruffo de Freitas Júnior  
Consuelo Souto Cavalcante Amaral  
Sandra Oliveira Santos  
Sue Christine Siqueira  
Alexander Augusto da Silveira  
Kenia Alessandra de Araújo Celestino  
Tainara Sardeiro de Santana  
Andrea Cristina de Sousa*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110911**

**CAPÍTULO 12 ..... 112**

RECORTE DA MORTALIDADE INFANTIL EM GOIÂNIA

*Thaynara Luciana Pereira  
Leiliane Sabino Oliveira  
Carlos Eduardo da Silva Nascimento  
Luiz Marcio Ribeiro da Silva  
Ivan Pires de Oliveira Fonseca  
Gabriela Bandeira Araújo  
Bruna Karlla Pereira Paulino  
Emilly Gabriely Ribeiro Gomes  
Rosângela Addad Abed*

*Anna Carolina Arantes de Oliveira  
Suellen Daniela Ferraz de Oliveira Alves  
Caroline Marinho de Araújo*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110912**

**CAPÍTULO 13 ..... 119**

**SÍFILIS CONGÊNITA, UM DESAFIO À SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO DA LITERATURA**

*Amanda Grippa Piffer  
Carolina Fiorotti Tedesco  
Ícaro Pratti Sarmenghi  
Isabel Zago Vieira  
Marcela Souza Lima Paulo*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110913**

**CAPÍTULO 14 ..... 128**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS NA SAÚDE DO HOMEM COM ENFOQUE EM DOENÇAS NEUROLÓGICAS**

*Lorena Cavalcante Lobo  
Camila Fernanda Pinheiro do Nascimento  
Suellen Moura Rocha Ferezin  
Carmen Silvia da Silva Martini*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110914**

**CAPÍTULO 15 ..... 135**

**AÇÕES COMPLEMENTARES AO CUIDADO DO PACIENTE ESTOMIZADO FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES MAIS PREVALENTES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

*Daniela Alencar Vieira  
Roseanne Montargil Rocha  
Adelaide Carvalho de Fonseca  
Kárita Santos da Mota  
Poliane Oliveira Carvalho  
Úrsula Oliveira Calixto*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110915**

**CAPÍTULO 16 ..... 143**

**AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

*Luciane Patrícia Andreani Cabral  
Andressa Paola Ferreira  
Daniele Brasil  
Clóris Regina Blanski  
Caroline Gonçalves Pustiglione Campos  
Danielle Bordin*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110916**

**CAPÍTULO 17 ..... 154**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM ACOMETIDOS POR INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA**

*Francisco José do Nascimento Júnior  
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas  
Amanda Silva de Araújo  
Andrea Luiza Ferreira Matias*

*Antonielle Carneiro Gomes  
Cristianne Kércia da Silva Barro  
Daniele de Matos Moura Brasil  
Francisca Fernanda Alves Pinheiro  
Heloisa Sobreira Camilo Teles de Menezes  
Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante  
Raffaele Rocha de Sousa  
Silvânia Moreira de Abreu Façanha*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110917**

**CAPÍTULO 18 ..... 171**

**FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

*Silvânia Medina de Souza  
Luana Vieira Toledo  
Érica Toledo de Mendonça  
Nádia Aparecida Soares Diogo  
Tiago Ricardo Moreira  
Lídia Miranda Brinati*

**DOI 10.22533/at.ed.18819110918**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 182**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 183**

## AÇÕES EXTENSIONISTAS VOLTADAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### **Solange Rodrigues da Costa**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória – ES

### **Lara Souza Lima Lins**

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES

### **Maria Carlota de Rezende Coelho**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória – ES

### **Jaçamar Aldenora dos Santos**

Universidade Federal do Acre

### **Adriane Souza Sena**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória – ES

### **Caroline Nascimento de Souza**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) - Vitória – ES

**RESUMO: Objetivo:** Relatar as experiências de extensão vivenciadas por estudantes do ensino superior em uma maternidade filantrópica do Espírito Santo. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência sobre a participação em de um projeto de extensão no qual participaram 28 acadêmicos orientados por três docentes. **Resultados e discussão:** O público-alvo dessas atividades foi formado por parturientes, seus acompanhantes, bem como os recém-nascidos. As ações são direcionadas

principalmente para as puérperas, sendo atendidas cerca de seis mulheres por dia e 180 por mês. Para esse relato foram selecionados sete momentos vivenciados pelos estudantes no mês de abril de 2017. As repercussões das ações dos acadêmicos de enfermagem para as parturientes são vistas por eles como benéficas e de grande importância para a mulher, o acompanhante e recém-nascido durante o trabalho de parto. Proporciona para os alunos a oportunidade de associar o conhecimento teórico/prático com a vivência prática ampliada e aprofundada de acompanhamento de trabalhos de partos. **Conclusão:** O apoio ofertado pelos estudantes à parturiente e puérpera promove a satisfação das mulheres e contribui para melhorar a progressão do trabalho de parto por meio da utilização dos métodos não farmacológicos. Além disso, a realização de ações extensionistas contribui para o processo de formação do acadêmico e possibilita o exercício da cidadania.

**PALAVRAS-CHAVE:** Extensão universitária. Trabalho de parto. Parto.

### EXTENSIONIST ACTIONS FOR THE HUMANIZATION OF THE BIRTH: REPORT OF EXPERIENCE

**ABSTRACT: Objective:** To report the experiences of extension experienced by students of higher education in a philanthropic

maternity of Espírito Santo. **Method:** a descriptive, qualitative study of the type of experience report about the participation in an extension project in which 28 students from three teachers participated. **Results and discussion:** The target public of these activities was formed by parturients, their companions, as well as the newborns. The actions are directed mainly to the puerperal ones, being attended about six women per day and 180 per month. For this report, seven moments experienced by the students were selected in April 2017. The repercussions of the nursing students' actions on the parturients are seen by them as beneficial and of great importance for the woman, the companion and newborn during the labor. It provides students with the opportunity to associate the theoretical / practical knowledge with the extended and deep practical experience of follow-up of labor. **Conclusion:** The support offered by the students to the parturient and puerpera promotes the satisfaction of the women and contributes to improve the progression of labor through the use of non-pharmacological methods. In addition, the realization of extensionist actions contributes to the formation process of the academic and makes possible the exercise of citizenship.

**KEYWORDS:** University extension. Labor. Childbirth.

## 1 | INTRODUÇÃO

A necessidade de mudança do modelo vigente de assistência ao nascimento tem sido discutida há décadas no Brasil e no mundo. Em 1996, a OMS elaborou um guia de atenção ao parto normal, com base em evidências científicas mundiais, orientando sobre as práticas que devem ser adotadas e as que devem ser abolidas (DA SILVA et al, 2016).

Seguindo essas recomendações, o Ministério da Saúde implementa políticas públicas que incentivam o parto natural, a presença do acompanhante, a adaptação ao ambiente hospitalar e o apoio contínuo à parturiente durante todo o momento do parto, na perspectiva de que múltiplos agentes assegurem o cuidado integral à gestante, acompanhante e ao recém-nascido (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015).

Leal (2014) reafirma que há evidências científicas de que as boas práticas na assistência à gestação e ao parto são comprovadamente promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Apesar disso, o que se observa em muitos hospitais brasileiros, é o alto índice de intervenções desnecessárias realizadas pela equipe de saúde à parturientes. Tais ações contribuem fortemente para o desfecho desfavorável do processo de parturição e conseqüentemente elevam as taxas de morbimortalidade materno-infantil.

Sendo assim, o desenvolvimento de projetos de extensão que tratem de boas práticas na assistência ao parto tornam-se relevantes na medida em são possibilidades reais de benefícios tanto para estudantes, quanto para a comunidade, além de propiciar articulação ensino-pesquisa-extensão na área materno-infantil.

Portanto, esse trabalho está baseado no relato de experiência de participação no Projeto de Humanização da Maternidade – PROHUMA, onde os estudantes realizam assistência direta à parturiente e acompanhante durante o trabalho de parto.

Os projetos de extensão universitária têm a finalidade de articular o conhecimento acadêmico com as situações reais e cotidianas, ou seja, promover a aproximação entre os saberes científicos e os saberes oriundos da vivência prática. Dessa forma, proporciona interação entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e a comunidade na qual está inserida. Como parte do processo educacional, contribui não somente para aprofundar o aprendizado do estudante, mas também para a formação cidadã (FONSECA-MACHADO et al, 2014).

A participação em projetos de extensão reveste-se de importância porque além promover benefícios diretos para a sociedade, proporciona aos alunos o aperfeiçoamento de práticas profissionais, aprofundamento e consolidação do conhecimento científico e aproximação com a pesquisa científica. Nesse sentido, a IES tem o papel de fomentar o tripé ensino/pesquisa/extensão por meio de uma prática onde as três esferas possam dialogar entre si e assumir igual importância no processo de formação do estudante (NASCIMENTO, 2012).

Mediante ao exposto esse estudo objetiva relatar as experiências de extensão vivenciadas pelos acadêmicos de enfermagem em uma maternidade filantrópica do Espírito Santo e identificar as principais práticas realizadas pelos estudantes na assistência à parturiente.

## 2 | O MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência de um projeto de extensão desenvolvido por docentes e estudantes de uma Instituição de Ensino Superior do Espírito Santo junto à equipe de uma maternidade pública desse estado.

A experiência é um encontro ou uma relação com algo que se experimenta que se prova. É algo que nos acontece, nos toca, nos faz pensar, sofrer e apaixonar. Uma paixão que se refere à responsabilidade em relação ao outro, que nos forma e nos transforma (LARROSA, 2015).

Em busca dessa transformação optou-se por experimentar a convivência com a equipe multiprofissional de uma maternidade que atende cerca de 400 mulheres em trabalho de parto mensalmente. O PROHUMA desenvolve suas atividades desde o ano de 2008, com ações que envolvem assistência direta à mulher e acompanhante com o objetivo de apoiar as parturientes, puérperas e familiares para que ambos vivenciem o processo de parturição de forma positiva, tanto por meio de parto normal, como pela cesariana.

Os estudantes acolhem as mulheres e seus familiares, fornecendo orientações,

esclarecendo dúvidas, estimulando a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, e principalmente se colocando disponíveis para auxiliá-los em suas necessidades, durante o trabalho de parto. Vale ressaltar também, que eles apoiam o casal durante o aleitamento materno e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, na primeira meia hora após o parto.

Para tanto, são estimulados a adotarem uma postura de abertura ao diálogo com a equipe de saúde e para exercer a sensibilidade para ouvir as pessoas e flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas, tendo em vista que no ambiente hospitalar a complexidade dos acontecimentos faz parte do cotidiano dos que ali atuam.

### 3 | RESULTADOS

#### 3.1 Ações Extensionistas para a Saúde da Parturiente e Recém-Nascido

As atividades extensionistas são desenvolvidas por 28 graduandos e três docentes junto à equipe de saúde da maternidade. O público-alvo dessas atividades é formado por parturientes, seus acompanhantes, bem como os recém-nascidos. As ações são direcionadas principalmente para as puérperas, sendo atendidas cerca de seis mulheres por dia e 180 por mês. Para esse relato foram selecionados sete momentos vivenciados pelos estudantes no mês de abril de 2017 que serão apresentados a seguir.

A rotina de trabalho dos estudantes participantes do PROHUMA inicia com a chegada deles no centro obstétrico, onde conhecem as pacientes internadas por meio de conversa com os colegas do plantão anterior, bem como da equipe profissional que ali atua. Eles ainda realizam de forma rápida uma análise nos prontuários das pacientes com a finalidade de conhecerem um pouco da história clínica, bem como a evolução do trabalho de parto. Em seguida, realizam abordagem direta à parturiente e acompanhante, conforme os relatos abaixo:

“Ao abordarmos a paciente no pré parto, a mesma relatou estar sentindo muita dor e quis apenas permanecer no leito, mesmo tendo recebido explicação prévia sobre a importância da sua colaboração com os exercícios propostos. Após nova tentativa, a mesma aceitou realizar os exercícios. Antes das atividades ela estava com 7 cm e após iniciar os exercícios evoluiu para 9 cm e posteriormente para 10cm. O parto se iniciou e não deu tempo de encaminhá-la para a sala de parto. Permanecemos o tempo todo ao seu lado apoiando e encorajando” (Relato 1)

As repercussões das ações dos acadêmicos para as parturientes são vistas por eles como benéficas e de grande importância para a mulher, o acompanhante e recém-nascido durante o trabalho de parto. Proporciona para os alunos a oportunidade de relacionar e refletir sobre o conhecimento teórico/prático, como evidenciado em suas falas.

“... vimos na prática como o banho morno demorado, associado à posição vertical

pode aliviar a tensão, a dor e acelerar a dilatação (...). (Relato 2)

“...observamos que nossas ações facilitam o trabalho de parto e proporcionam segurança e tranquilidade para o casal” (Relato 3)

“Para que a dilatação evoluísse contou bastante o banho morno e o agachamento, mas, o apoio emocional proporcionado por nós foi fundamental” (Relato 4)

O estudante participante de projeto de extensão, é um sujeito da experiência, um território de passagem, algo como uma superfície sensível, que produz afetos, inscreve marcas, deixa vestígios, efeitos. Um sujeito que se define por sua passividade, receptividade e disponibilidade. Uma passividade feita de paciência, atenção e paixão. Vivenciar a experiência requer parar para pensar, olhar, escutar, sentir, observar os detalhes, cultivar a atenção e a delicadeza e a arte do encontro (LARROSA, 2015).

As experiências dos estudantes nesse projeto foram todas positivas em relação a arte do encontro com a gestante e acompanhante. Porém, não foram raros os momentos em que eles se sentiram incomodados devido ao grande número de intervenções desnecessárias dos profissionais de saúde para as parturientes. Uma prática que ocorre com frequência significativa no cotidiano de trabalho da equipe que ali atua. O relato abaixo busca exemplificar o conjunto de ações intervencionistas presenciadas por alguns estudantes:

“Com a justificativa de que a paciente não colaborava e realizava a força incorreta, os profissionais responsáveis pela assistência ao parto fizeram uma episiotomia sem anestesia, além da manobra de Kristeller” (Relato 5)

Por meio desse relato é possível perceber que ainda existem profissionais de saúde que insistem em utilizar de meios estratégicos para acelerar o processo natural do parto, violando os conceitos de humanização e assistência integral. Um estudo nacional de base hospitalar, que buscou descrever a utilização das boas práticas obstétricas revelou que em 37% dos partos, a manobra de Kristeller é realizada e a episiotomia em mais da metade deles. Revelou ainda que no Brasil a litotomia é a posição predominante no momento do nascimento (LEAL, 2014).

Tais práticas reforçam a importância da atuação do PROHUMA nesse cenário, uma vez que o trabalho dos alunos junto às parturientes visa empoderar a mulher em relação ao parto e melhorar o protagonismo materno frente à essa questão e consequentemente reduzir as “necessidades” de intervenção.

Para os estudantes a importância da participação deles nesse projeto, se dá não somente pela oportunidade de aperfeiçoar os conhecimentos científicos, mas principalmente, pela relação que eles estabelecem com os profissionais de saúde, bem como com as famílias beneficiadas. É muito importante também, o retorno de suas ações para essas famílias.

O saber da experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana. É um saber particular, subjetivo, contingente, pessoal e singular (LARROSA, 2015). Dessa forma, para os estudantes, participar do PROHUMA é também um exercício

de cidadania, uma vez que suas práticas promovem o aprendizado de lições de vida, absorvidas por meio dessa relação com o outro, conforme retratam os fragmentos abaixo:

“Marcou-nos a gratidão do casal ao nosso atendimento, eles nos convidaram para o aniversário da neném que ajudamos a nascer”. (Relato 6)

“A sensação de ajudar e de ser reconhecida é maravilhosa” (Relato 7)

“... foi uma experiência muito gratificante que contribuiu para nossa formação pessoal e acadêmica” (Relato 8)

## 4 | DISCUSSÃO

### 4.1 Recursos não Farmacológicos para Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto

Por meio da vivência dos estudantes nesse projeto de extensão foi possível perceber a importância dos métodos não farmacológicos não somente para o alívio da dor, mas também para a evolução do trabalho de parto. Na abordagem às famílias constatou-se que quando orientados sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a maioria delas aderiram muito rapidamente a eles, aceitando-os e reconhecendo seus benefícios.

Num processo natural como o parto, devem ser ofertados cuidados que visem ao equilíbrio de fatores do ambiente, a fim de conservar a energia da mulher para que além de enfrentar a dor, ela consiga vivenciar o trabalho de parto como um momento agradável. Sendo assim, as intervenções não farmacológicas são dadas como uma alternativa no intuito de substituição, dentro do possível, da anestesia e analgesia durante o trabalho de parto e parto (OSÓRIO; SILVA JUNIOR; NICOLAU, 2014).

Um estudo realizado com puérperas revelou que, embora houvesse desconhecimento sobre os métodos não farmacológicos, as mulheres aderiram às práticas quando foram estimuladas durante o parto, referindo alívio da dor (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015). Tal fato não se deve à ausência da dor, mas sim à capacidade de enfrentamento e tolerância à dor, além da diminuição dos níveis de ansiedade e estresse (OSÓRIO; SILVA JUNIOR; NICOLAU, 2014).

De acordo com Costa, Sant’Ana e Brito (2017, p. 93-94), a utilização das medidas não farmacológicas associada a outras terapias complementares envolvendo o ambiente físico e a questão psicológica da mulher garante um parto normal menos desconfortável, inclusive fazendo com que a mulher se torne sujeito ativo neste processo.

Em relação à variedade de métodos não farmacológicos existentes, pode-se citar como os principais: suporte contínuo, o banho de chuveiro ou de imersão, massagens na região lombar, exercícios de respiração e exercícios de relaxamento muscular (MEDEIROS, 2015). Entre os principais métodos adotados por Pedrosa (2013) estão: a liberdade de movimentação materna, assumindo diferentes posições, a utilização da bola suíça, o banho de aspersão e as massagens. Destaca-se a

possibilidade de a massagem ser realizada tanto pelo acompanhante quanto pelo profissional de saúde.

Dentre os tantos métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto os mais utilizados pelos alunos participantes do PROHUMA, foram: o apoio emocional por uma pessoa que não faz parte da equipe de saúde, a presença do acompanhante, a utilização da bola suíça, o banho de aspersão com água morna, a posição de cócoras ou verticalizada, uso do cavalinho e as massagens.

A assistência dos acadêmicos, especificamente às gestantes que estavam desacompanhadas no momento do trabalho de parto, foi primordial para garantir segurança e autoconfiança durante o processo do trabalho de parto. Sem dúvida, o apoio emocional e o incentivo psicológico foram ações que contribuíram para tornar o parto humanizado e bem assistido.

O apoio emocional fornecido por quem assiste a parturiente não deve ser isolado nem terceirizado e sim somado aos cuidados da equipe de saúde para que a assistência humanizada de forma integral seja cada vez mais possível e efetiva. Os acadêmicos têm como atribuição assistir de maneira holística e prestar a assistência necessária para que a parturiente tenha autoconfiança no seu processo de parir sem intervenções desnecessárias. Após criar esse laço de confiança, o parto ganha uma outra perspectiva aos olhos da parturiente, se torna um ato de amor, força e coragem, e não apenas um nascimento (DA SILVA et al, 2016)

O olhar acolhedor e individual de cada profissional de saúde que assiste aquele momento é imprescindível, pois no dia a dia muitas vezes a parturiente é vista como mais uma a dar à luz aos olhos do profissional de saúde, mas para a mulher passa a ser um momento único e de extrema sensibilidade, que pode marca-la por toda a vida (VELHO et al, 2012).

O apoio emocional oferecido por um terceiro, seja ele membro da equipe de saúde ou não, não substitui a presença do acompanhante, sendo que no período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é essencial a presença de um acompanhante que tenha afinidade com a parturiente e seja de sua confiança, direito assegurado pela Lei nº 11.108 (BRASIL, 2005).

A grande diferença do suporte emocional que é dado pelo profissional de saúde e pelo acompanhante é que a maioria das parturientes que estão acompanhadas terão um suporte não somente naquele momento, mas também posteriormente ao parto, ou seja, no puerpério, fase importante para adaptação da maternidade. O acompanhante é pessoa que pode dar o suporte emocional que a parturiente necessita além das 48 horas de internação que são propostas no parto sem complicações.

A presença do acompanhante no processo de parturição, proporciona a mulher sentimentos que afastam o medo, a solidão e a ansiedade. Contribuindo dessa forma para a melhor progressão do parto (SANTOS et al, 2012). É extremamente benéfico que a parturiente tenha com quem compartilhar sua dor e angústia durante o processo do parto. Estar ao lado da mulher em um momento de dor prestando o

auxílio necessário, contribui significativamente para incentivá-la a passar por essa fase da melhor maneira possível.

Outro método de alívio e conforto que pode auxiliar as parturientes nesse período é o uso da bola suíça, feita de vinil inflável. A parturiente pode sentar-se na bola e balançar de um lado para o outro, ou ajoelhar-se e inclinar para frente repousando sobre a bola para ajudar na descida do feto (NETTINA, 2014).

A bola suíça é uma das estratégias para a promoção da livre movimentação da mulher durante o parto, auxiliando a apresentação fetal, o relaxamento, exercício perineal e alívio da dor. Contribui diretamente para uma melhor progressão do trabalho de parto (OLIVEIRA e CRUZ, 2014).

A utilização da bola suíça é realizada como uma estratégia para descentralizar o peso abdominal para a bola, no momento em que a parturiente senta, como proposta de alívio e ao mesmo tempo como meio para acelerar o encaixe do feto. A adesão por esse método contribui para que o acompanhante possa auxiliar no equilíbrio segurando suas mãos no período de movimentação em cima da bola.

Essa estratégia não medicamentosa é de baixo custo financeiro, fácil manuseio e que tem a capacidade de distrair a gestante tornando o trabalho de parto mais tranquilo, trazendo não só benefícios físicos, mas também psicológicos (OLIVEIRA e CRUZ, 2014).

Durante o trabalho de parto é normal que a paciente se sinta desconfortável em relação a sua higiene. A progressão do trabalho de parto demanda um tempo suficiente para que a puérpera se canse, transpire e até mesmo evacue durante todo esse processo.

Visando o conforto e bem-estar dessa parturiente, é orientado a realização do banho de aspersão, que se torna adepto pela maior parte delas. Esse processo permite a livre movimentação debaixo da água contribuindo para a progressão da descida do feto e ao mesmo tempo o relaxamento muscular.

É um método que promove o conforto da parturiente, uma vez que auxilia na manutenção da higiene íntima. Os acadêmicos relatam maior adesão das parturientes a este método, em razão do desconforto ocasionado pela eliminação abundante de fluidos vaginais e corpóreos durante o trabalho de parto.

Além disso, a água morna promove liberação da tensão muscular, conferindo sensação de bem-estar. Este relaxamento causa a vasodilatação, contribuindo para a reversão da resposta simpática e redução de catecolaminas (OLIVEIRA E SILVA et al, 2013).

A combinação de métodos reduz ainda mais os sintomas de dor durante o trabalho de parto, sendo assim o banho morno na posição de cócoras foi fortemente estimulada nas ações dos estudantes. É comum a não aceitação devido à dor intensa e falta de informação, porém depois de instruídas sobre o efeito benéfico, a adesão ocorre e de fato o trabalho de parto progride significativamente.

A posição de cócoras também pode ser utilizada durante o parto pois além de

favorecer a expulsão pela gravidade, a força utilizada é menor, causando menos fadiga se comparada à posição de litotomia. Também auxilia no controle da respiração, melhorando a oxigenação materna e fetal, descomprimindo os grandes vasos e aumentando a passagem do canal de parto (APOLINÁRIO et al, 2016)

Uma outra forma de estimular a posição vertical é por meio do uso do cavalinho, um equipamento que visa o relaxamento, aumento da dilatação e a diminuição da dor por meio do balanço pélvico e ainda propicia a realização de massagens na parturiente.

A massagem é uma maneira de estimulação sensitiva caracterizada pelo toque e manipulação da superfície corpórea com o objetivo de promover o relaxamento muscular. Quando realizada no decorrer no trabalho de parto promove contato físico com a paciente, gerando alívio da dor, reduzindo o estresse e melhorando o fluxo sanguíneo e oxigenação materno-fetal (OLIVEIRA E SILVA et al, 2013).

Nesse estudo a massagem na região lombossacral foi um dos métodos de apoio não farmacológico mais utilizados na atuação dos acadêmicos. Frequentemente, os alunos buscaram incluir o acompanhante nessa prática, visto que o vínculo entre este e a parturiente é maior.

A terapêutica da massagem é eficaz quando associada a outros métodos não farmacológicos de alívio da dor por promover atenuação das tensões, reduzindo o desconforto e estresse gerado pelo processo de parturição (OLIVEIRA E SILVA et al, 2013).

A aplicação dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor foi a atividade mais realizada pelos estudantes participantes do PROHUMA. Trata-se de uma tecnologia do cuidado que pode ser desenvolvida de forma interprofissional. Os diversos profissionais que atuam no cenário do parto podem lançar mão dessa importante ferramenta no seu processo de trabalho cotidiano.

Disseminar o conhecimento e capacitar os indivíduos para determinada profissão é a função primordial das Instituições de Ensino Superior. Porém, as universidades também têm o papel de formar profissionais preparados para lidar com as diversas realidades do meio social, cultural e econômico em que estão inseridos, atuando de maneira ética, técnica e política, em prol saúde coletiva (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014).

Para a formação de profissionais com esse perfil, as IES precisam contemplar no Projeto Político Pedagógico dos cursos o tripé ensino-pesquisa-extensão e promover a prática efetiva desse projeto, a fim de articular os conhecimentos que serão construídos ao longo do curso (MOIMAZ et al, 2015).

É importante ressaltar que a metodologia ativa de ensino, por meio da extensão, é um instrumento que valoriza a autonomia do estudante, pois torna o aluno responsável pelo seu aprendizado. Os benefícios deste método vão desde a melhoria na habilidade profissional, como tomada de decisão e incentivo às pesquisas, até o desenvolvimento nas relações interpessoais, que incluem habilidade de comunicação

e interação/colaboração com a equipe (FIGUEIREDO; MOURA; TANAJURA, 2016).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das atividades desenvolvidas no PROHUMA foi possível constatar a importância das atividades extensionistas para a formação acadêmica ao inserir o aluno no espaço hospitalar por meio de práticas assistenciais e educativas. Trata-se de momento oportuno para que se apropriem das demandas e dos problemas de saúde pública relacionados com a saúde materno infantil, tendo como arcabouço teórico as melhores evidências científicas.

A extensão universitária é um método educacional que favorece a articulação entre o conhecimento acadêmico e as situações reais e cotidianas. No PROHUMA os estudantes tiveram a oportunidade de associar o conhecimento teórico/prático com a vivência ampliada e aprofundada em saúde da mulher.

A grande satisfação dos estudantes em participar desse projeto está relacionada à repercussão positiva de suas ações com a equipe de saúde da maternidade, além do aprendizado e do exercício da cidadania. Em relação a prática diária junto a parturiente, observou-se que os métodos não farmacológicos como a hidroterapia, o agachamento e o apoio emocional foram altamente eficazes para aliviar a dor e principalmente contribuir para a progressão do trabalho de parto, melhorando dessa forma a qualidade do atendimento a parturiente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G. PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **REME - Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 711-717, jul./set. 2015.

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Rene**, v. 17, n. 1, p. 20-28, jan./fev. 2016.

BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo, **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 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. Diário Oficial da República, 2005.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

COSTA, E.C.; SANT'ANA, F. R. S.; BRITO, I. F. Percepção de mulheres relacionada aos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Rev. Recien**, São Paulo, v. 7, n. 19, p. 92-102, abr. 2017.

- DA SILVA, T. C. et al. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Las Casas*, v. 12, n.1, 2016.
- FIGUEIREDO, W. P. S.; MOURA, N. P. R.; TANAJURA, D. M. Ações de pesquisa e extensão e atitudes científicas de estudantes da área da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 47-51, jan./mar. 2016.
- FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Educação em saúde e a prática do aleitamento materno: um relato de experiência. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.466-476, abr./jun. 2014.
- LARROSA, JORGE. Tremores: escritos sobre experiência. Trad. ANTUNEC, CRISTINA; GERALDI, JOÃO WANDERLEY. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. (Coleção Educação: Experiência e sentido).
- LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup. S17-S47, 2014.
- MEDEIROS, J. et al. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 37-44, abr./jun. 2015.
- MOIMAZ, S. A. D. Extensão universitária na ótica de acadêmicos: o agente fomentador das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. ABENO**, v. 15, n. 4, p. 45-54, 2015.
- NASCIMENTO, I. R.T. A indissociabilidade entre pesquisa e extensão nas universidades: o caso da ITES/UFBA. **Rev. NAU Soc.**, v. 3 n. 5, p. 41-6, 2012.
- NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3, 2014.
- OLIVEIRA E SILVA, D. A. O. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, p. 4161-70, maio 2013.
- OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **R. bras. ci. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014.
- OSÓRIO, S. M. B.; SILVA JÚNIOR, L. G.; NICOLAU, A. I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 174-84, jan./fev. 2014.
- PEDROSO, C. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: relato de experiência. In: Salão de Ensino e de Extensão, IV, 2013. Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, p. 58, 2013.
- SANTOS, L. M. et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.
- VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, abr./jun. 2012.

### AMIGOS DE DONA CARLOTA: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE APOIO A MULHERES ACOMETIDAS COM CÂNCER DO MUNICÍPIO DE INDEPENDÊNCIA- CE

**Francisco Arlysson da Silva Verissimo**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Samilla Gzella Gonçalves Lima**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Maria Naiane Santos Silva**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Antonia Cristiane Sales Silva**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Ana Paula Alves da Silva**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Jaquelina Aurelio Machado**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Deborah Ximenes Torres de Holanda**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

**Amanda Luiza Marinho Feitosa**

Escola de Formação em Saúde da Família  
Visconde de Saboia, Sobral-Ceara

**Fernanda Severo do Nascimento**

Universidade Estadual do Ceara, Quixeramobim-  
Ceara

**Jose Siqueira Amorim Junior**

Universidade Estadual do Ceara, Fortaleza-Ceara

**Antonia Jorgiane Rodrigues de Macêdo**

Universidade Federal do Ceara, Sobral –Ceara

**Camila Maria de Araújo Pinto Sousa**

Faculdade Princesa do Oeste, Crateús-Ceara

assistência a mulheres acometidas por câncer de mama. Objetivou-se relatar a experiência de um Grupo de Apoio a mulheres acometidas com câncer. O percurso metodológico é do tipo relato de experiência, com caráter descritivo. A pesquisa foi realizada no município de Independência – Ceará. A produção dos dados ocorreu em outubro de 2017, após um período de dois meses de participação dos acadêmicos do Curso de Bacharelado de Enfermagem. O grupo é coordenado pela enfermeira da Unidade Básica do Bairro Centro, a mesma já passou pela experiência do tratamento oncológico após o diagnosticada por câncer de mama. Atualmente é composto por 25 mulheres. As atividades são planejadas mensalmente pela Enfermeira, dentre as atividades destaca-se: rodas de conversas, palestra, visitas domiciliares, campanhas de arrecadação de insumos financeiros para auxílio de pacientes em tratamento e atividade de educação em saúde na comunidade feitas pelas próprias participantes do grupo. A partir dos relatos, observou-se que as participantes percebem a participação no grupo como forma de atendimento às suas expectativas no que se refere à resolução de seus problemas, especialmente aqueles relacionados às dúvidas que muitas delas apresentavam ao longo do processo de reabilitação física e de readaptação ao seu cotidiano e vida social. Esses grupos

**RESUMO:** Uma das ferramentas de enfrentamento, são os grupos comunitários que vêm sendo constantemente utilizados na

comunitários exercem uma influência de forma positiva, como a percepção dos benefícios do acesso a informações, do envolvimento com os profissionais de saúde e com as demais participantes do grupo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Oncologia; Enfermagem; Intervenções

## FRIENDS OF MRS. CARLOTA: THE EXPERIENCE OF A SUPPORT GROUP FOR WOMEN AFFECTED BY CANCER IN THE CITY OF INDEPENDÊNCIA - CE.

**ABSTRACT:** One of the coping tools that are being constantly used to assist women with breast cancer is the community groups. The goal of this paper was to report the experience of a support group for women with cancer. The methodological course is an experience report with descriptive character. The research was carried out in the city of Independência - Ceará. The data was gathered in October 2017 after a two months participate period with the students of the Nursing School. The group is conducted by the nurse of the Basic Unit of the Downtown District, who has already experienced the cancer treatment after she was diagnosed with breast cancer. The group currently has 25 women. The activities are monthly planned by the nurse. Some examples of the activities are: conversation groups, lectures, home visits, campaigns for financial collection to help patients who are being treated, and community health education projects organized by the group's members. From the reports, it is possible to conclude that the participants perceived that being a part of the groups is a way of meeting their expectations about the resolutions of their problems, especially those related to their doubts about the physical rehabilitation process and the course of the readjustment to their daily and social lives. These community groups are a positive influence to the society because the members can understand the advantages from having access to information, and they also can benefit from the relationship with health professionals and the others group's members.

**KEYWORDS:** Oncology; Nursing; Interventions

## 1 | INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil a cada ano aumentam-se consideravelmente os números de casos de mulheres com câncer de mama, estima-se que em 2018 existirão mais de 59.700 novos casos, número de mortos 14.388, sendo 181 homens e 14.206 mulheres.

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação de células anormais da mama que formam tumores, o mesmo acomete 28% das mulheres, já nos homens é apenas 1% dos casos, sendo raro antes dos 35 anos e mais relevante depois dos 50 anos.

Geralmente o câncer é visto como uma imagem negativa, e está relacionada à morte ou como uma doença incurável. Esta visão do câncer é antiga e foi duradoura devido às poucas chances de cura que havia há alguns anos. Assim, ao receber o

diagnóstico de câncer o sujeito lida diretamente com o medo de morrer e se sente vulnerável. Ao descobrir a doença o paciente passa por cinco estágios, sendo eles, a negação, raiva, barganha, depressão e por ultimo a aceitação (RIBEIRO; 2014).

Uma das ferramentas de enfrentamento, são os grupos comunitários que vêm sendo constantemente utilizados na assistência a mulheres acometidas por câncer de mama. No geral, isso se deve ao fato de que os grupos, quando formados por pessoas que apresentam problemas ou conflitos semelhantes e administrado devidamente por um profissional capacitado, tende a transforma-se em um espaço de reflexão potencialmente benéfico. Se tratando exclusivamente de mulheres acometidas por câncer de mama, os grupos podem apoiar na diminuição do estigma agregado à doença, na promoção de suporte mútuo e na satisfação da auto-estima das mesmas (MARTINS; PARES, 2014).

Desse modo, para o êxito da reabilitação, faz-se indispensável à adesão própria das mulheres nas atividades empreendidas no grupo e nesse processo, o enfermeiro por sua vez, representa um papel relevante na participação do cuidado terapêutico e no trabalho em equipe. Suas intervenções são dirigidas para o favorecimento da adaptação e das limitações impostas pela doença e para o atendimento das necessidades de cada paciente e família, proporcionando uma oportunidade de o indivíduo ser o protagonista de seu processo de aceitação e uma possível cura, os grupos de apoio a mulher tem se tornado muito indispensável, no entanto ainda são bastante escassos nos dias de hoje (FETSCH; 2016).

No cotidiano de nossas atividades práticas, na Atenção Primária de um município no estado do Ceara, nos depararmos com um grupo comunitário de mulheres em tratamento oncológico ou pós-tratamento, assim objetivou-se relatar a experiência de um Grupo de Apoio a mulheres acometidas com câncer do município de Independência- CE.

## 2 | METODOLOGIA

O percurso metodológico proposto para alcançar os objetivos desse estudo é o relato de experiência, com caráter descritivo.

A pesquisa foi realizada no município de Independência – Ceará O município de Independência faz parte da microrregião do Sertão de Crateús é uma das microrregiões do estado brasileiro do Ceará que compões a macrorregião de Sobral, o município tem uma população estimada de 25.573 habitantes (IBGE, 2010).

A produção dos dados ocorreu em outubro de 2017, após um período de dois meses de participação dos acadêmicos do Curso de Bacharelado de Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste, como atividade pratica da disciplina de Enfermagem em Oncologia. Participaram 09 acadêmicos de enfermagem e 03 professores do curso citado anteriormente.

A pesquisa seguiu as recomendações da resolução 466/2012, do conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, estando embasado pelas diretrizes éticas internacionais, essa resolução tem o propósito de avaliar protocolos de pesquisa nos temas de relevância pública.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo comunitário recebe o nome de Amigos de Dona Carlota, em homenagem a uma paciente oncologia da Comunidade. O grupo é coordenado pela enfermeira da Unidade Básica do Bairro Centro, a mesma já passou pela experiência do tratamento oncológico após o diagnosticada por câncer de mama.

As reuniões acontecem semanalmente, as terças feiras, no horário das 14:00 horas da tarde, em um prédio doado pelo Governo Municipal onde tornou-se referência para as mulheres para realização dos grupos comunitários, atendimentos multiprofissionais e diversas ações de promoção e prevenção em Oncologia.

O grupo atualmente é composto por 25 mulheres, com a média de idade entre os 54 a 67 anos, que assiduamente participam das reuniões semanais e são responsáveis pelas atividades durante o grupo e ações propostos para serem desenvolvidas na comunidade. As atividades são planejadas mensalmente pela Enfermeira, dentre as atividades destaca-se: rodas de conversas, palestra, visitas domiciliares, campanhas de arrecadação de insumos financeiros para auxílio de pacientes em tratamento e atividade de educação em saúde na comunidade feitas pelas próprias participantes do grupo.

A partir dos relatos, observou-se que as participantes percebem a participação no grupo como forma de atendimento às suas expectativas no que se refere à resolução de seus problemas, especialmente aqueles relacionados às dúvidas que muitas delas apresentavam ao longo do processo de reabilitação física e de readaptação ao seu cotidiano e vida social.

A adesão ao programa de reabilitação está relacionada principalmente à confiança, adquirida pelas mulheres, para com o profissional envolvido no seu cuidado, conquistada à medida que ela encontra amparo e compromisso com seu processo de reabilitação. É importante ressaltar que os enfermeiros desempenham um papel fundamental, uma vez que estão envolvidos no cuidado direto com essas mulheres e isso fica evidente quando elas demonstraram que o acolhimento dos profissionais de enfermagem foi primordial para a sua permanência no grupo.

Portanto, durante as atividades educativas foi observado o interesse e a participação das mulheres além da satisfação e alegria que era a troca de experiência entre elas, levando em consideração de que as atividades eram de suma importância no processo de reabilitação das pacientes.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência, o presente estudo mostrou que esses grupos comunitários exercem uma influência de forma positiva, como a percepção dos benefícios do acesso a informações, do envolvimento com os profissionais de saúde e com as demais participantes do grupo.

Compreendemos, desse modo, a necessidade de avaliar a qualidade dos serviços desses grupos comunitários, sob a visão das mulheres acometidas por câncer, como forma para estabelecer metas e definir prioridades, enfocando a reabilitação integral, sendo necessária a criação de novos espaços e de equipes multiprofissionais, considerando-se a complexidade da atenção ao paciente oncológico.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Rio de Janeiro: INCA. 2018. Acesso em 07 de 2018. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> .

BRASIL, Ministerio da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de mama**. Brasilia: INCA. 2018. Acesso em 07 de 2018. Disponível em <http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/parcerias.asp>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ceará: Independência**. 2010. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/independencia/panorama> >. Acesso em 15/08/2018.

MARTINS, Michele Márcel; PERES, Rodrigo Sanches. **Fatores terapêuticos em grupo de apoio a mulheres com câncer de mama**. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, Vol.15, n. 2, 2014.

MARTINS; Ana Ruth B; *et al.* **Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama**. Rev. SBPH. vol.18 no.1, Rio de Janeiro, 2015.

## COMPLICAÇÕES EM RECÉM-NASCIDOS DE MÃES ADOLESCENTES

### **Isabela Meriguete Araújo**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **Isabelle Kaptzky Ballarini**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **Isadora Dos Reis Martins**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **João Pedro Oliveira De Souza**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **Johann Peter Amaral Santos**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **Júlia Guidoni Senra**

Graduandos do Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

### **Luciana Carrupt Machado Sogame**

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Email: luciana.sogame@emescam.br

**RESUMO:** A prática sexual precoce entre adolescentes pode causar sérias complicações em recém-nascidos, decorrente de uma possível gravidez indesejada. O estudo presente teve como objetivo verificar as complicações neonatais mais frequentes relacionadas às mães adolescentes, por meio de uma revisão sistemática, tendo como descritores do *Medical Subject Headings*: “*pregnancy in adolescence*” AND “*pregnancy complications*” AND “*infant newborn*”. Foram considerados os artigos originais disponíveis na íntegra, nos idiomas português ou inglês, publicados nos últimos cinco anos com descrição clara da metodologia. Incluiu-se artigos de revisão sistemática, estudos observacionais, estudos experimentais e semi-experimentais. A amostra foi constituída por 9 publicações, dentre as quais 7 com delineamento transversal, 2 com delineamento coorte e 1 revisão sistemática. As principais complicações foram: baixo peso ao nascimento, parto prematuro e morte perinatal.

**PALAVRAS-CHAVE:** gravidez na adolescência, complicações, recém-nascidos, indicadores sociais.

### COMPLICATIONS IN NEWBORNS OF ADOLESCENT MOTHERS

**ABSTRACT:** The precocious sexual practice among teenagers can cause several serious

complications in newborns, due a possible unwanted pregnancy. The present study had as objective to verify the most frequent neonatal complications related to adolescent mothers, by an systematic revision, with the following *Medical Subject Headings* descriptors: “*pregnancy in adolescence*” AND “*Pregnancy complications*” AND “*infant newborn*”. There were considered the available original articles, in English and in Portuguese, published in the last five years, with clear methodology descriptions. There was included systematic review articles, observational studies, experimental and semi-experimental studies. The sample covers nine publications: seven with a cross-sectional design, two with a Coorte design and one systematic review. The most common complications were: low weight at birth, preterm birth and perinatal death.

**KEYWORDS:** pregnancy in adolescence, complications, newborns, social indicators.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência nem sempre foi considerada um problema de saúde pública. Começou a ser discutida apenas a partir da metade do século XX, tendo em vista a emancipação feminina, com a inserção da mulher no mercado de trabalho<sup>1</sup>. No Brasil, o debate da questão ganhou notoriedade no início da década de 1990, quando o índice de nascimentos em mães menores de vinte anos atingiu 21,34%<sup>2</sup>. Em 2010, cerca de 19% dos nascidos vivos foram de mulheres com menos de 19 anos<sup>3</sup>.

De acordo com a UNICEF<sup>4</sup>, a adolescência é o período compreendido entre os dez e dezenove anos e está associada a mudanças físicas e alterações hormonais, caracterizando o processo de transição da fase infantil para a adulta, com consequente habilitação reprodutiva<sup>5</sup>. Nessa etapa da vida, as transformações biológicas, juntamente com as influências sociais, resultam em um corpo mais sexualizado, o que pode acarretar a gravidez na adolescência e impactos na saúde da mãe e da criança quando associado a inúmeros comportamentos de risco, como o uso de drogas lícitas (álcool), e também o uso de drogas ilícitas (maconha e cocaína), que atingem 50,8% e 0,7%<sup>6</sup> das adolescentes, respectivamente.

Nesse fenômeno, destacam-se também os aspectos socioeconômicos, como baixa escolaridade e pobreza<sup>6</sup>. Além das problemáticas sociais, o risco de disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, tornam a gravidez da adolescência uma preocupação para a saúde pública<sup>7,8</sup>. O cenário apresenta não só prejuízos para a dinâmica populacional, mas também complicações no âmbito individual, afetando a saúde das mães e de seus filhos.

Em estado gestacional a adolescente se torna vulnerável a diversos agravos, tais como anemia, síndrome hipertensiva da gravidez, diabetes e complicações de parto, sendo esse mais comuns em jovens que não fazem o acompanhamento pré-natal<sup>9</sup>. Ademais, em casos de populações de baixa renda, as gestantes também estão sujeitas a outros fatores de risco, como por exemplo, tabagismo, etilismo e consumo de demais substâncias nocivas, fatores que influenciam negativamente no

desenvolvimento fetal<sup>9</sup>.

No que tange à saúde dos recém-nascidos cujas mães são adolescentes, os bebês estão mais suscetíveis a índices mais altos de baixo peso ao nascer, a doenças respiratórias, além do nascimento prematuro e complicações neonatais que podem levar à morte infantil<sup>9</sup>. Não obstante, o tabagismo na gravidez está associado a alterações de conduta, sendo fator de risco para o os recém-nascidos, podendo causar, além dos danos já citados, malformações congênitas dos sistemas cardiovascular, digestivo, musculoesquelético e da face e do pescoço<sup>10</sup>.

Sabe-se que as complicações durante o período gestacional estão presentes em mulheres de diversas idades, entretanto, quando se trata de um organismo mais frágil e em desenvolvimento, como no caso das adolescentes, tais adversidades se mostram mais frequentes e mais graves<sup>11</sup>. Dessa forma, nota-se a necessidade de pesquisa, debate e intervenção nesse fenômeno já que suas implicações tangem cenários de saúde pública e de esfera socioeconômica. Sendo assim, a proposta desse artigo é verificar as complicações neonatais mais comuns em recém-nascidos por mães adolescentes e seus fatores associados.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, no qual foi utilizado o método proposto por Azevedo<sup>9</sup>. Utilizou-se a seguinte questão norteadora proposta para o estudo: Quais as complicações em recém-nascidos de mães adolescentes?

A coleta de dados ocorreu no período entre outubro e novembro de 2016 mediante buscas *online* na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Para a localização dos artigos, utilizaram-se os descritores do Medical Subject Heading (MeSH) da base PubMed e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): *“Pregnancy in adolescence AND Pregnancy complications AND Infant newborn”*.

Os critérios de inclusão contemplaram artigos originais, disponíveis na íntegra gratuitamente na versão *on-line*, nos idiomas português ou inglês, publicados nos últimos 5 anos (período de 2011 a 2016). Foram incluídos artigos de revisão sistemática, estudos observacionais (coorte prospectivo e retrospectivo, casos controle ou transversal), estudos experimentais (randomizados e não randomizados) e semi-experimentais. Todos apresentando descrição clara da metodologia.

Não foram incluídos no estudo livros, enciclopédias, dissertações, teses, trabalhos completos publicados em anais de evento, estudos qualitativos, editoriais, artigos de opinião, séries e relatos de caso.

Estratificaram-se os estudos de acordo com os tipos de desenho e, posteriormente, em relação aos objetivos e conclusões.

A qualidade metodológica da revisão sistemática foi avaliada de forma independente por dois grupos de revisores, no sentido de averiguar se preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Em caso de dúvida ou discordância, solicitou-se a um terceiro revisor a emissão de parecer sobre o estudo ser ou não incluído. No caso de estudos duplicados, o mais recente ou com informações mais completas foi incluído.

Para a coleta dos dados, utilizou-se uma ficha contendo: identificação, local do estudo, características do estudo, objetivo ou questão da investigação, amostra, intervenções, resultados, implicações.

Os dados foram analisados, sintetizados e organizados por meio de figuras, quadros e tabelas.

## RESULTADOS

O universo foi constituído por 960 artigos, sendo 754 do PubMed, 180 da LILACS e 26 da SciELO. Após a aplicação dos filtros 880 artigos foram excluídos, tendo sido selecionados 80 para a leitura dos títulos e/ou resumos. Nessa etapa, elegeram-se 16 artigos e os demais foram excluídos por apresentarem foco diferente do objetivo procurado. Assim, das 16 publicações lidas na íntegra, 9 foram selecionadas, por se enquadrarem nos critérios de inclusão e exclusão, conforme a figura 1.

Dos 9 trabalhos selecionados, 6 apresentaram delineamento transversal, 2 são estudos de coorte e 1 revisão sistemática. Quanto ao ano de publicação, os estudos utilizados compreendem o período de 2012 a 2015. Os estudos foram realizados predominantemente no Brasil, Camarões, Inglaterra, Argentina e Japão. A tabela 1 mostra os países de origem e o desenho dos estudos incluídos nesta revisão.

A tabela 2 apresenta os objetivos e os principais desfechos observados nos estudos selecionados.

Através de um estudo de coorte, foi relatada a prevalência de baixo peso ao nascer, mais fortemente relacionada com adolescentes de Pelotas quando em comparação com as de Avon, Inglaterra. Associado à idade e à posição socioeconômica das adolescentes estudadas, em todos os coortes analisados, o nascimento prematuro mostrou-se prevalente nessa população, sendo menos frequente em Avon do que em Pelotas. Ademais, constatou-se semelhantes magnitudes nos quatro coortes avaliados em relação ao baixo peso ao nascer dos bebês filhos de adolescentes.<sup>12</sup>

Um estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados acerca dos partos e do acompanhamento de adolescentes grávidas no Hospital Regional de Buea, registrou o parto de 6564 mulheres no período de 2010 – 2013. Observou-se que 13,3% dos nascimentos foram de mães adolescentes. Analisou-se que 43,2% das grávidas com faixa etária entre 14 e 19 anos, apresentaram adversidades fetais, tais como nascimento prematuro, baixo peso ao nascer e Apgar igual ou inferior a 5. Ademais, mães adolescentes apresentaram laceração perineal maior em comparação ao grupo

de mães adultas, entretanto, não houve diferenças significantes entre os dois grupos em relação à frequência de cesarianas, eclampsia, pré-eclâmpsia, placenta prévia e episiotomia.<sup>13</sup>

Um estudo transversal prospectivo feito no Brasil, realizado no Hospital Municipal e Maternidade Escola Mario de Moraes Altenfelder Silva, em São Paulo, registrou o nascimento de 3865 crianças entre julho de 2001 e novembro de 2002. Dos partos realizados no período, 928 foram em mães adolescentes. Observou-se que bebês de mães adolescentes com depressão apresentaram menor circunferência da cabeça. Foram encontradas interações significantes entre depressão materna e sexo masculino, idade gestacional >40 semanas, anestesia regional durante o parto, parto vaginal e circunferência da cabeça do bebê  $\geq 34$  cm. Pior desempenho foi observado nos seguintes parâmetros neurocomportamentais neonatais: excitação, excitabilidade, letargia, hipotonicidade e sinais de estresse a abstinência.<sup>14</sup>

Em pesquisa realizada com 78646 mulheres nulíparas, de vinte e três países de baixa e média renda da África, América Latina e Ásia, verificou-se que a gravidez na adolescência de jovens com idade menor que 15 anos e entre 16 e 19 anos apresenta maiores riscos de baixo peso ao nascer, prematuridade e morte perinatal, se comparadas às mães de idade entre 20 e 24 anos. Além disso, as privações sociodemográficas e do cuidado pré-natal, associados ao parto prematuro, foram determinantes para o aumento do risco de morte perinatal.<sup>15</sup>

De acordo com um estudo transversal nos Estados Unidos, a partir da análise de 3947 nascimentos, sendo 1101 de adolescentes e 2846 de adultas, a gravidez na adolescência não apresentou riscos significativamente maiores ao nascimento dos bebês, quando comparado com mães adultas. Assim também, tabagismo e estado civil não influenciaram o desenvolvimento gestacional em adolescentes. O apoio familiar e o acesso ao atendimento pré-natal indicaram melhores resultados de natalidade nessas mães. No entanto, a investigação realizada não abordou contextos sociais e ambientais e suas influências no resultado pós-parto.<sup>16</sup>

A partir de um estudo transversal realizado com base em instalações de saúde implantadas pela Organização Mundial da Saúde em 29 países da África, América Latina, Ásia e Oriente, entre maio de 2010 e dezembro de 2011, verificou-se maior número de partos prematuros, condições neonatais graves e baixo peso ao nascer em mães adolescentes do que em mães adultas. Foi observado alto índice de morte fetal em toda faixa etária de mães adolescentes, prevalecendo entre os 16 e os 17 anos e a morte neonatal foi significativamente maior no grupo de adolescentes do que em mães adultas.<sup>17</sup>

Um estudo prospectivo realizado em áreas geográficas definidas por 7 locais, em seis países de renda baixa-média, registrou o parto de 296273 mulheres no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Dessas, 11,9% eram adolescentes. A análise mostrou que o índice de parto prematuro e baixo peso ao nascer foi maior no grupo de mães adolescentes de 15 a 19 anos do que em adultos. Esse risco aumenta ainda

mais quando a idade diminui. Além disso, o índice de mortalidade do neonato também foi maior no grupo de adolescentes.<sup>18</sup>

Em um estudo transversal realizado em Pernambuco com 31209 nascidos vivos, registrados em 2009, teve a finalidade de comparar os resultados do parto entre adolescentes grávidas precoces (com idade entre 10-14 anos) e tardias (com idade entre 15-19 anos). Constatou-se que há diferença materna quanto ao estado civil, nível de escolaridade e número de consultas pré-natais e, no entanto, não foram encontradas diferenças relacionadas à renda familiar de mães precoces e tardias. Os recém-nascidos apresentaram diferenças no peso ao nascer (menor no início da adolescência), parto prematuro (mais elevada em adolescentes iniciais) e índice de Apgar (menor no início da adolescência).<sup>19</sup>

Em uma revisão sistemática sobre complicações da gravidez na adolescência, realizada com 15 artigos selecionados nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO, as principais complicações neonatais encontradas foram prematuridade, baixo ou muito baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal.<sup>9</sup>

## DISCUSSÃO

A adolescência é uma fase de crescimento e amadurecimento sexual<sup>(4)</sup>. Ao engravidar nesse período da vida, a adolescente está exposta ao risco de desenvolver diversas complicações para si e para o bebê<sup>(1,5-9)</sup>. Um dos fatores determinantes para que isso ocorra é que, durante essa etapa da vida, ainda há uma alta taxa de desenvolvimento corporal e a musculatura, ossos e articulações ainda não estão bem desenvolvidas, podendo prejudicar o crescimento fetal<sup>(15,19)</sup>. Esses riscos diminuem com o avançar da idade. A gravidez na adolescência precoce (10 e 15 anos) tende a apresentar maiores complicações quando comparada a gravidez na adolescência tardia (15 a 19 anos)<sup>(15,18)</sup>. Ademais, há evidências de que dentre as mães mais jovens há maior incidência de distúrbios obstétricos devido à imaturidade uterina<sup>(20)</sup>.

Por isso, a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública e vem sendo discutida e estudada há muito tempo<sup>(1,4,7)</sup>. Há vários fatores que levam a esse fenômeno e geralmente eles estão associados a indicadores socioeconômicos, tais como renda per capita e índices de escolaridade<sup>(12,13,16,18,21,22)</sup>. A gravidez na adolescência é um fenômeno comum de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento<sup>(1,8)</sup>, constituindo problema social e de saúde pública, tendo em vista que pode causar evasão escolar e aumento das taxas de violência<sup>(1,4-8,21,22)</sup>.

Estudos mostram que não há grande diferença nos índices de gravidez na adolescência entre países de baixa e renda média<sup>(15,17)</sup>. A exemplo disso, países de renda média, como o Brasil e México, apresentaram, respectivamente, cerca de 190 e 170 partos de mães adolescentes por mil habitantes<sup>(17)</sup>, números altos, quando comparados aos de países mais pobres. No entanto, nota-se uma enorme discrepância ao comparar estes resultados com os de países desenvolvidos como o

Japão, em que acontecessem 7 partos de mães adolescentes por mil habitantes<sup>(17)</sup>.

As consequências da gravidez precoce estão principalmente nos países de baixa renda<sup>(1,7,12,17)</sup>. Constatou-se que quanto maior o nível financeiro e educacional da população, maior e melhor serão os cuidados durante e depois da gravidez, como a alimentação da gestante, realização de exames periódicos e acompanhamento médico, prevenindo diversos prejuízos biológicos no neonato<sup>(1,7,8,9,12,16,17,18)</sup>.

No tocante aos problemas com a adolescente, a gravidez na adolescência pode ou não desencadear adversidades. As complicações maternas dependerão das condições sociodemográficas da mãe, não havendo diferenças significativas em adversidades como hemorragia pós-parto, infecções sistêmicas e distúrbios hipertensivos, quando comparados com os grupos de mães adultas<sup>(13,16,18)</sup>. A associação entre a idade materna e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares demonstra que mães mais jovens tendem a manifesta-las mais precocemente, quando comparadas às mais velhas<sup>(23)</sup>

Observa-se, entretanto, uma maior taxa de mortalidade entre adolescentes grávidas entre 10 -15 anos<sup>(15)</sup> e quanto menor a idade maior as chances de mortalidade materna e, além disso, existem maiores riscos de eclampsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas entre mães adolescentes em comparação às mães com idades entre 20-24 anos<sup>(17,18)</sup>. As mães adolescentes também apresentaram menor peso e menor Índice de Massa Corporal (IMC) em relação às mães adultas, pois, por causa de sua imaturidade corporal, há maior competição entre seu organismo e o feto em desenvolvimento pela obtenção nutrientes<sup>(24)</sup>.

Além disso, impactos psicológicos à mãe também foram identificados. Grande parte das adolescentes são psicologicamente imaturas e isso pode afetá-las negativamente, pois a imaturidade associada a fatores ambientais, como más condições financeiras, falta de apoio familiar e transtornos na vida social, pode desencadear problemas como depressão, aborto e até suicídio<sup>(5,8,14)</sup>.

Em relação às adversidades perinatais e neonatais, a grande maioria dos estudos identificou 3 consequências principais, que são: baixo peso ao nascer, parto prematuro e mortalidade perinatal e neonatal. Vários estudos verificaram que há maior incidência de baixo peso ao nascer e parto prematuro em adolescentes do que em mães adultas<sup>(12,13,15,17-20,24,25)</sup>. Mortalidade perinatal e neonatal foram constadas em 3 estudos e associadas a mães com idade  $\leq 19$  anos<sup>(15,17,18-20)</sup>.

Fatores de risco como o tabagismo e o alcoolismo foram relacionados com a gravidez na adolescência<sup>(17,19)</sup>. Já em relação ao uso de drogas ilícitas, apenas um estudo buscou de forma genérica identificar danos ao neonato, como má formação congênita, síndromes genéticas e problemas clínicos<sup>(14)</sup>. Também foi identificado um baixo número de Apgar para os recém-nascidos de mães adolescentes quando comparados aos de mães adultas, menor que 7 em um e em cinco minutos<sup>(13,14,17,24,25)</sup>.

Apesar de esses riscos serem graves para a saúde do feto, eles podem ser minimizados e até inexistentes, a depender das condições e do acompanhamento da

gravidez, como a realização do acompanhamento pré-natal. Foi verificado que mães adolescentes não fazem ou fazem menos consultas médicas, quando comparadas com mães adultas, o que pode levar ao desenvolvimento maior das adversidades na gravidez <sup>(12-19)</sup>. Vê-se que, quanto menor a faixa etária, menos orientações as mães recebem, de forma a revelar o despreparo dos profissionais da saúde e do sistema de saúde, dificultando a abordagem, a assistência e o cuidado para com este grupo <sup>(26,27)</sup>.

Em suma, é notório que a redução do índice da gravidez na adolescência é um desafio para vários países do mundo. As maneiras de enfrentar são múltiplas, como o investimento nas áreas de educação básica, ampla divulgação e acesso dos métodos contraceptivos. A qualificação de profissionais e melhoras das unidades básicas de saúde também são soluções viáveis <sup>(7,9,26,27)</sup>.

É importante ressaltar que esse estudo apresenta algumas limitações. Foram utilizadas apenas as bases de dados MEDLINE (PubMed), LILACS e SciELO, consideradas as principais na área de saúde. Constitui outra limitação a dificuldade em estabelecer relações de causa-efeito nos estudos transversais selecionados, o que possibilita a influência de diversos fatores que podem comprometer o resultado. Ademais, só foram usados artigos dos últimos cinco anos e de acesso gratuito, o que diminui o número de referências analisadas.

## CONCLUSÃO

As principais adversidades neonatais e perinatais encontradas foram: baixo peso ao nascer, parto prematuro e mortalidade perinatal. Essas complicações tendem ser mais leves ou inexistentes quanto maior for a idade da adolescente. Não foram observados riscos de complicações maternas para adolescentes quando comparados com mães adultas, a não ser em dados que indicam uma maior mortalidade materna em adolescentes grávidas novas (10-15 anos) e também a ocorrência de eclampsia e infecções sistêmicas.

Por fim, destaca-se que, na maioria dos casos, os danos podem ser evitados se medidas forem tomadas como a realização das consultas pré-natais. A falta do acompanhamento médico é tão prejudicial quanto o fato de a mãe ser adolescente.

## REFERÊNCIAS

Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Rev. Op. Públ. 2010;20(45):123-131.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil. 29. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

Organização das Nações Unidas (ONU). População e Direitos: CIPD para além de 2014. Brasília: Nações Unidas no Brasil; 2013.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Adolescência: Uma fase de oportunidades. Brasília: UNICEF; 2011.

Maia ACB, Eidt NM, Terra BM, Maia GL. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2012;17(1): 151-156.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O Direito de Ser Adolescente. Brasília. 2011;182.

Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Dei Schirò EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2010;15(1):73-85.

Taborda JA, Silva FC, Leandra U, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Rev Cad. Saúde Colet.* 2014; 22(1):16-24.

Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evangelista CB, Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13(4):618-26.

Nicoletti D, Appel LD, Siedersberger Neto P, Guimarães GW, Zhang L. Maternal smoking during pregnancy and birth defects in: a systematic review with met-analysis. *Rev. Cad. de Saúde Públ.* 2015 Dez;30(12):2491-2529

Oliveira M, Coimbra V, Pereira A. Complicações na adolescência em situação de risco social. *Rev E-psi.* 2015;5(2):35-50.

Restrepo-Méndez MC, Lawlor DA, Horta BL, Matijasevich A, Santos IS, Menezes AM. The association of maternal age with birthweight and gestational age: a cross-cohort comparison. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2015 Jan;29(1):31-40.

Egbe TO, Omeichu A, Halle-Ekane GE, Tchente CN, Egbe EN, Oury JF. Prevalence and outcome of teenage hospital births at the Buea Health District, South West Region, Cameroon. *Reprod Health.* 2015;23(12)118.

Barros MC, Mitsuhiro SS, Chalem E, Laranjeira RR, Guinsburg R. Depression during gestation in adolescent mothers interferes with neonatal neurobehavior. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Out-Dez;35(4):353-9.

Ganchimeg T, Mori R, Ota E, Koyanagi A, Gilmour S, Shibuya K. Maternal and perinatal outcomes among nulliparous adolescents in low- and middle-income countries: a multi-country study. *BJOG.* 2013 Dez;120(13):1622-30.

Harville EW, Madkour AS, Xie Y. Predictors of birth weight and gestational age among adolescents. *Am J Epidemiol.* 2012 Out 1;176(7):150-63.

Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014 Mar;121(1):40-8.

Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health.* 2015;12( 2):S8.

Alves JG, Cisneiros RM, Dutra LP, Pinto RA. Perinatal characteristics among early (10-14 years old) and late (15-19 years old) pregnant adolescents. *BMC Res Notes.* 2012 Set;25(5):531-534.

Brosens I, Muter J, Gargett CE, Puttemans P, Benagiano G, Brosens JJ. The impact of uterine immaturity on obstetrical syndromes during adolescence. *AJOG*. 2017 Nov;217(5):546-555.

Biney AE, Nyarko P. Is a woman's first pregnancy outcome related to her years of schooling? An assessment of women's adolescent pregnancy outcomes and subsequent educational attainment in Ghana. *Reprod. Health*. 2017 Out;14(1).

Surita F, Silva JP. Pregnancy in Adolescence – A challenge beyond public health policies. *RGBO*. 2017 Mar;39(2):41-43.

Rosendaal NTA, Pirkle CM. Age at first birth and risk of later-life cardiovascular disease: a systematic review of the literature, its limitation, and recommendations for future research. 2017 Jul;17(1).

Nguyen PH, Sanghvi T, Afsana K, Mahmud Z, Aktar B, Haque R et al. The nutrition and health risks faced by pregnant adolescents: Insights from a cross-sectional study in Bangladesh. 2017 Jun;12(6).

Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Públ*. 2017 Apr;33(3).

Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Rozenberg R, Menezes DCS, Rodrigues AO et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017 June; 22(6):1923-1932

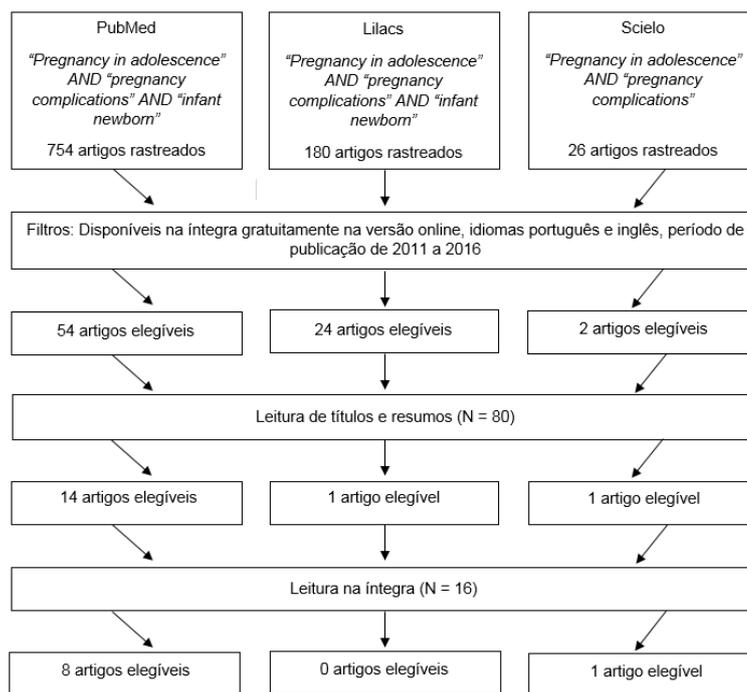


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos da revisão sistemática

Fonte: elaborado pelos autores

Referência	País	Desenho de estudo
Restrepo-Méndez et al. <sup>11</sup>	Brasil	Coorte
Egbe et al. <sup>12</sup>	Camarões	Transversal
Barros et al. <sup>13</sup>	Brasil	Transversal

Referência	País	Desenho de estudo
Ganchimeg et al. <sup>14</sup>	Japão	Transversal
Harville et al. <sup>15</sup>	Estados Unidos	Transversal
Ganchimeg et al. <sup>16</sup>	Japão	Transversal
Althabe et al. <sup>17</sup>	Argentina	Prospectivo
Alves et al. <sup>18</sup>	Brasil	Transversal
Azevedo et al. <sup>9</sup>	Brasil	Revisão sistemática

Tabela 1 - Relação dos estudos incluídos de acordo com os países de origem e o delineamento do estudo

Fonte: elaborado pelos autores

Referência	Objetivos	Conclusões
Restrepo-Méndez et al. <sup>11</sup>	Verificar a associação entre a idade materna com o baixo peso ao nascer e as influências da posição socioeconômica sobre o nascimento prematuro.	Baixo peso ao nascer e nascimento precoce está associado com a idade gestacional.
Egbe et al. <sup>12</sup>	Determinar a prevalência de gravidez na adolescência, os efeitos da gravidez para a mãe e para o filho e os efeitos demográficos sobre as complicações na gravidez.	A prevalência de nascimentos de adolescentes foi de 13,3%. A idade foi considerada fator significativo para adversidades fetais, como baixo peso ao nascer, prematuridade e baixo índice de Apgar.
Barros et al. <sup>13</sup>	Comparar o comportamento neurológico de neonatos nascidos de mães adolescentes com e sem depressão durante a gestação.	Os nascidos de adolescentes depressivas apresentam mudanças comportamentais nos primeiros dias de vida.
Ganchimeg T et al. <sup>14</sup>	Investigar o risco de resultados adversos de gravidez e cesariana entre adolescentes de países de renda baixa e média.	A gravidez na adolescência está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer e parto prematuro e a privação sociodemográfica tem relação com o aumento do risco de morte perinatal.
Harville et al. <sup>15</sup>	Explorar os determinantes comportamentais e demográficos dos resultados de nascimento entre adolescentes e se os preditores de resultados de nascimento são diferentes dos das mulheres adultas.	Identificou-se que privações sociodemográficas e do cuidado pré-natal, associados ao parto prematuro são fatores de risco para baixo peso relacionados à idade gestacional das adolescentes.
Ganchimeg T et al. <sup>16</sup>	Investigar o risco de resultados adversos de gravidez entre adolescentes em 29 países	A gravidez na adolescência foi associada ao aumento do risco de baixo peso ao nascer, parto prematuro, condições neonatais graves e morte neonatal precoce intra-hospitalar.
Althabe et al. <sup>17</sup>	Observar resultados de recém-nascidos em contextos de baixos recursos.	O risco de baixo peso ao nascer, parto prematuro e condições neonatais graves é maior nos resultados perinatais entre adolescentes em relação aos adultos.

Alves et al. <sup>18</sup>	Comparar os resultados do parto entre adolescentes grávidas precoces e tardias em um país em desenvolvimento.	A gravidez na adolescência pode aumentar o risco de baixo peso ao nascer e nascimento prematuro, principalmente pelas características biológicas das mães precoces.
Azevedo et al. <sup>9</sup>	Analisar as complicações relacionadas à gravidez na adolescência.	O aumento da frequência de complicações neonatais, como prematuridade e baixo peso ao nascer, está relacionada à gravidez na adolescência.

Tabela 2 - Propriedades dos estudos selecionados acerca das complicações em recém-nascidos de mães adolescentes.

Fonte: elaborado pelos autores

## DIABETES MELLITUS GESTACIONAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Sarah Ellen da Paz Fabricio**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

**Samuel Miranda Mattos**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

**Irialda Saboia Carvalho**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

**Kellen Alves Freire**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

**Thereza Maria Magalhães Moreira**

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

### DIABETES MELLITUS GESTACIONAL AND HEALTH EDUCATION IN THE WAITING ROOM: A REPORT OF EXPERIENCE

**ABSTRACT:** Gestational Diabetes Mellitus is characterized by variable glycemic intolerance and is detected during gestation. The objective of this study is to report the experience of a nursing student during educational activity to promote health in patients with Gestational Diabetes Mellitus in a waiting room of a Primary Care unit. This was an experience report from the accomplishment of a health education activity in a waiting room in the Basic Health Care Unit of the municipality of Maracanaú / Ceará. The action resulted in a positive return of the women and allowed a constructive debate of exchange of knowledge and experiences.

**KEYWORDS:** Gestational diabetes; Health education; Experience report.

### INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto (WHO, 2013). A doença se baseia em um problema metabólico comum na gestação que, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) tem prevalência entre 3% e 25% das gestações,

**RESUMO:** O Diabetes Mellitus Gestacional é caracterizado por intolerância glicêmica de magnitude variável, sendo detectada durante a gestação. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de uma discente de enfermagem durante atividade educativa para a promoção da saúde em pacientes com Diabetes Mellitus Gestacional em sala de espera de uma unidade de Atenção Básica. Tratou-se de um relato de experiência a partir da realização de uma atividade de educação em saúde em uma sala de espera na Unidade de Atenção Básica em Saúde do município de Maracanaú/Ceará. A ação resultou em uma devolutiva positiva das mulheres e permitiu um debate construtivo de troca de conhecimentos e experiências.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes gestacional; Educação em saúde; Relato de experiência.

dependendo do grupo étnico, da população e do critério diagnóstico utilizado.

O aparecimento de DMG propicia o aparecimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante o puerpério e até mesmo persistência durante o resto da vida da mãe (BOUGHERARA, 2019). Ademais, dependendo da gravidade dos índices glicêmicos durante a formação do bebê, o problema de saúde pode se estender e afetar o desenvolvimento fetal, levando a danos futuros para a criança.

Nos últimos anos, a incidência de DMG está aumentando em paralelo com o aumento do DM2, pois os hábitos saudáveis de vida estão diminuindo em detrimento do ritmo acelerado da população (BOUGHERARA *et al*, 2019; LO *et al*, 2006). Nesse cenário, também é possível observar que, mesmo com o aumento de meios para informação sobre saúde no país e no mundo, muitas vezes a população não tem oportunidade de discutir assuntos importantes para a sua saúde e da sua família na atenção primária, como DMG. De acordo com Ribeiro e Sabóia (2015), atividades de educação em saúde aumentam a qualidade de vida dos pacientes em longo prazo e, se obtiverem uma repercussão positiva, motiva a população da região a se aproximar dos programas educacionais oferecidos na atenção básica. Complementar a isso, Mendonça e Nunes (2015) apontam a necessidade de preparação do profissional como um fator determinante de sucesso da estratégia.

Dito isso, torna-se necessário o intermédio do enfermeiro na criação de programas educativos que atinjam a população de forma que as pessoas consigam entender e colocar em prática a intervenção, tanto em relação ao DMG, quanto ao conhecimento de doenças crônicas em geral.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é relatar a experiência de uma discente de enfermagem durante atividade educativa para a promoção da saúde em pacientes com DMG em sala de espera de uma unidade de Atenção Básica.

## **METÓDO**

Tratou-se de um relato de experiência a partir da vivência de uma acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) ao realizar uma atividade de educação em saúde em uma sala de espera na Unidade de Atenção Básica em Saúde do município de Maracanaú/Ceará. A ação educativa foi realizada em dezembro de 2017. Para a realização da atividade, foram convidadas 11 gestantes com faixa etária entre 16-35 anos, sendo três delas primíparas e oito delas multíparas, juntamente com a supervisão da enfermeira responsável pelo pré-natal. Das 11 participantes, nenhuma possuía DM2, entretanto, duas delas apresentavam histórico na família, constituindo um fator de risco para a ocorrência de DMG.

A primeira etapa consistiu na apresentação da acadêmica ao grupo e, posteriormente, a apresentação de cada gestante por nome, idade, tempo e número de gestações, ocorrência e histórico de DM2. Na segunda etapa, interrogaram-se às gestantes sobre o que seria DMG e depois, utilizamos um material confeccionado

que simulava um vaso sanguíneo para explicar o acúmulo de glicose no sangue, característico do diabetes. Na terceira etapa, foram demonstradas imagens de alimentos ricos em carboidratos para desmistificar a ideia de que o diabetes só era causado por doces ou açúcar refinado. Somado a isso, também distribuimos folders contendo informações importantes sobre o que é DMG e como preveni-la. Na quarta e última etapa, foram feitas perguntas oralmente às gestantes sobre o que havia sido apresentado e o que elas tinham aprendido com a atividade.

Discutimos com as participantes o que elas entendiam por DM2, DMG, quais os malefícios dessa alteração metabólica e como isso poderia repercutir no período da gestação e no resto da vida. Foram discutidos temas, como a importância da alimentação saudável, da autonomia da mulher sobre seu corpo, a realização de exercícios físicos durante a gravidez e sobre a fisiologia do corpo humano. Durante a intervenção os participantes tiveram a oportunidade de tirar dúvidas sobre o tema, realizaram trocas de experiências com os profissionais, as alunas e os estagiários presentes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, as gestantes demonstraram-se retraídas, porém, após a apresentação da discente e a explicação da atividade, houve o interesse para a proposta que seria desenvolvida. A linguagem verbal utilizada pela estudante foi um desafio durante a intervenção, pois as gestantes possuíam graus de escolaridade diferentes, tendo que adequar a fala de acordo com o que estava sendo exposto. Ao interrogar as 11 gestantes sobre o que seria DM2, pelo fato de terem perdido familiares, 2 delas apresentaram-se temerosas em relação à doença, 5 definiram como sendo um problema comum na sociedade contemporânea e 4 comentaram ser uma doença silenciosa e que exige alimentação regrada. Já no que se refere à DMG, todas apresentaram ausência de conhecimento dessa especificidade.

Quanto às dúvidas inerentes à atividade, destacaram-se questionamentos referentes aos alimentos prejudiciais à saúde de uma mulher com DMG e os impactos da doença para a mulher e para o feto. Segundo Schmalfluss (2015), diversas são as implicações causadas pelas restrições alimentares na vida diária de mulheres com DMG e estas incluem desde dificuldades de adaptação à nova dieta até privações importantes na vida diária, principalmente àquelas relacionadas aos momentos de lazer. Para Landim (2008), propor um novo tipo de dieta às gestantes significa conhecer seus hábitos alimentares e criar propostas alternativas que facilitem futuras mudanças, evitando a privação brusca de seus prazeres alimentares. Nesse contexto, o enfermeiro atua como um dos principais agentes na construção da autonomia e no autocuidado das gestantes, na medida em que trabalha com medidas de prevenção e promoção da saúde durante o pré-natal e a sala de espera consiste em um ambiente oportuno para essas intervenções.

A ação resultou em uma devolutiva positiva das mulheres e permitiu um debate construtivo de troca de conhecimentos e experiências. Ressalta-se ainda o interesse das gestantes em ações futuras ao mencionarem temas como câncer de mama e aleitamento materno e que a maioria respondeu corretamente às perguntas realizadas na avaliação oral.

## CONCLUSÃO

A discussão sobre os cuidados durante a gestação e doenças crônicas não transmissíveis é essencial para o processo de promoção e prevenção da saúde, pois essas auxiliam na construção de conhecimento e desenvolvem a autonomia, o senso crítico e o autocuidado na população alvo.

Quanto à concepção das acadêmicas, após encarar os desafios, essas julgaram a experiência como necessária para o processo de qualificação profissional e aperfeiçoamento de estratégias de educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD (2015 -2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

LANDIM, C. A. P.; MILOMENS, K. M. P., DIÓGENES, M. A. R. Déficit de autocuidado em clientes com diabetes mellitus gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) v. 29, n. 3, p. 374-81, 2008.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

RIBEIRO, C. R. B.; SABÓIA, V.M. Educação popular em saúde com pescadores: uma experiência fora da “zona de conforto” da enfermeira. **J. res.: fundam. care. online**. v. 7, n. 3, p. 2846-2852, 2015.

SCHMALFUSSI, J. M.; BONILHAI, A. L. L. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabetes melito gestacional. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 1, p. 39-44, 2015.

LO JC, Feigenbaum SL, Escobar GJ, Yang J, Crites YM, Ferrara A. Increased prevalence of gestational diabetes mellitus among women with diagnosed polycystic ovary syndrome: a population-based study. *Diabetes Care* 2006;29:1915–7.

## DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO FEMININA QUE GERAM RESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DA COLPOCITOLOGIA

### **Tatiana Carneiro de Resende**

Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Docente Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: tatibrazao@hotmail.com;

### **Sandy Leia Santos Silva**

Enfermeira. Hospital Santa Genoveva.

### **Emerson Piantino Dias**

Enfermeiro. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC Minas, Docente da Universidade Federal de Uberlândia;

### **João Paulo Assunção Borges**

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde;

### **Mayla Silva Borges**

Enfermeira; Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia;

### **Richarlisson Borges de Moraes**

Enfermeiro. Doutorando UNIFESP, Docente Universidade Federal de Uberlândia;

### **Tatiany Calegari**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Uberlândia;

### **Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Karla Oliveira Marcacine**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Maria Cristina Gabrielloni**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Zelina Hilária de Sousa Rosa**

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Jessica de Oliveira Gomes Silva**

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**RESUMO: Introdução:** O exame preventivo Papanicolau tem o papel de garantir a detecção precoce do câncer de colo de útero, e deve ser realizado, uma vez por ano, em todas as mulheres que mantêm uma vida sexual ativa. Faz-se necessário a adoção de uma nova postura pelas mulheres a fim de prevenir o CCU, infecções ou inflamações, isso a partir do conhecimento de tais fatores que impedem a adesão ao exame. Conhecendo estes fatores, o profissional de saúde pode facilitar o acesso das mulheres ao exame de Papanicolau, assim, estas superam os motivos que impedem a adesão ao exame e tem um maior conhecimento acerca do procedimento e dos sentimentos relacionados a ele. **Objetivos:** Caracterizar e apresentar as evidências disponíveis na literatura nacional acerca dos conhecimentos, sentimentos e motivos que levam as mulheres a não se submeterem ao exame citopatológico. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, conduzida por meio de seis etapas, sendo elas: a seleção do

tema; a pesquisa nas bases de dados científicas; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da RI. Realizou-se uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa, publicados entre 2005-2014, utilizando os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: Mulher, Papanicolau, Medo. A amostra foi composta por 08 (oito) artigos que tratavam do conhecimento, sentimentos e atitudes da mulher frente ao Papanicolau. **Resultados:** As evidências científicas disponíveis na literatura apontam para 04 (quatro) eixos temáticos: (1) Os sentimentos relacionados ao exame são principalmente a vergonha, a dor e o medo. (2) O conhecimento influencia a adesão, pois mulheres bem orientadas, que sabem da importância do exame resistem menos a realização do mesmo. (3) A Contribuição do serviço de saúde pode dificultar a procura das mulheres pelo serviço e a busca das mesmas na área de cobertura da unidade de saúde em muitos lugares é insuficiente. (4) A constante resposta das mulheres “Falta de tempo” é uma desculpa real, que impede a mulher de fazer o exame regularmente. **Discussão e Conclusões:** Com os motivos que dificultam a realização do Papanicolau reunidos em um só artigo, profissionais da saúde que trabalham principalmente na atenção básica podem traçar estratégias para alcançar mulheres que não fazem o exame regularmente. As causas que levam a população feminina a não aderirem a colpocitologia ainda são a vergonha, medo e dor, mas também foram encontradas dificuldades relacionadas ao conhecimento insuficiente, unidades de saúde despreparadas e falta de disponibilidade para marcar/realizar uma consulta. **PALAVRAS-CHAVE:** Mulher, Papanicolau, Medo

## INTRODUÇÃO

Em 2008 foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008). No Brasil, para o ano de 2014, foram estimados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2014).

Segundo Silva e et al. (2008) O CCU é considerado a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, perdendo apenas para o câncer das mamas. Essa incidência de morte por neoplasia uterina também é considerada maior em países subdesenvolvidos devido às condições médico-sanitárias precárias que exercem papel importante na prevenção desta doença (VALENTE et al. 2009).

A principal estratégia de rastreamento, no Brasil, é o exame citopatológico, recomendado pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos de idade. Estima-se que há uma redução de 80% na mortalidade por este tipo de câncer, se for realizado o rastreamento com realização de Papanicolau nas mulheres com essa faixa etária, tratando assim as lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma in situ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com Freitas Filho (2013) o exame preventivo Papanicolau tem o papel

de garantir a detecção precoce do câncer de colo de útero, e deve ser realizado, uma vez por ano, em todas as mulheres que mantêm uma vida sexual ativa. Consiste na coleta de material citológico do colo do útero para exame em laboratório. Detecta células cancerosas ou anormais ou identifica condições de infecção ou inflamação.

O exame preventivo é uma atividade ofertada com periodicidade, mas sua realização ainda apresenta resistência por diversas razões, dentre elas, o sentimento de medo, vergonha, dor, ausência de sintomas e esquecimento, estigma do câncer. Tudo isso mostra a influência e a determinação dos aspectos psicossociais nas práticas de prevenção (FERREIRA, 2007).

Segundo Ferreira (2009), Comportamentos identificados em algumas mulheres as deixam mais vulneráveis à doença, como se sentir envergonhada e constrangida ao se submeterem ao papanicolau, mostrando ainda mais essas reações quando o profissional que realiza o exame preventivo é do sexo masculino. Existem poucos estudos sobre a cobertura do Papanicolau no país. Estando a maior quantidade nas regiões sudeste e sul do Brasil. São observadas mais frequentemente nas mulheres não submetidas ao exame citopatológico as seguintes características: baixa escolaridade, pertencer a faixas etárias mais jovens, baixo nível socioeconômico e baixa renda familiar (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

A prevenção do câncer de colo uterino e de outras condições não cancerosas como infecção ou inflamação deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa e esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais (FREITAS FILHO, 2013).

A atenção básica em saúde como principal precursor da prevenção e promoção da saúde tem na colpocitologia um instrumento efetivo, de baixo custo e complexidade. Os PSF's e UBS's são postos que permitem um acesso mais fácil às mulheres ao exame, por geralmente estarem próximos da comunidade, em pontos estratégicos, que garantem um deslocamento menor (MELO, et al. 2012).

A enfermagem vem buscando realizar estratégias que motivem e mobilizem as equipes de saúde participantes da atenção primária, o que faz com que esta carreira se destaque na tarefa do cuidado preventivo. Tais estratégias envolvem a orientação quanto a realização do exame preventivo, deixa disponível meios de informação a população, fazendo com que o processo aconteça de forma interativa, que promove o autoconhecimento dos profissionais e pacientes, desenvolvendo a confiança de todos envolvidos neste processo, fazendo assim um trabalho que gera bons resultados (SILVA, et al. 2010).

Por isso este trabalho tem como objetivo evidenciar os fatos encontrados pelas mulheres que as impedem de fazer o exame preventivo e assim prevenir o CCU. Ao saber tais motivos, a equipe de saúde pode trabalhar para que estes sejam menos

significativos na população feminina e assim aumentar a população de mulheres sexualmente ativas que fazem o Papanicolau regularmente.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Tipo de Estudo Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), por meio da busca e análise da produção científica da literatura nacional, pautada no estudo de Galvão, Mendes e Silveira (2010), que preconiza a operacionalização do processo de revisão em seis etapas, com vistas a obter novos conhecimentos a partir da discussão sobre métodos e resultados de pesquisas primárias relevantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI é um método que pode ser adotado na saúde que sintetiza os estudos primários do tópico de interesse do pesquisador permitindo análise ampla da literatura e maior compreensão do tema investigado. Este método é um recurso da Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como pressuposto o rigoroso processo de síntese do problema e da realidade pesquisada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE busca a tomada de decisão e solução dos problemas de acordo com evidências recentes e provenientes de estudos rigorosos. A RI permite a busca, a avaliação crítica e a síntese do tema investigado e o seu resultado representa a situação atual do assunto pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

### **Procedimento para coleta de dados**

Na etapa inicial foi definido como tema da RI a falta de adesão das mulheres ao exame preventivo, Papanicolau. Verificando a importância deste conhecimento para a Enfermagem e também para as famílias. Deste modo, as questões norteadoras foram: “Quais são os motivos que dificultam as mulheres a se submeterem ao exame de Papanicolau?” “Como está caracterizada a produção científica nacional acerca deste tema?”.

A estratégia para o levantamento da amostra consistiu em uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde(LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).O período de coleta de dados estendeu-se de Março a Julho de 2015.

Para assegurar uma busca criteriosa dos artigos, foram delimitados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde:mulher, papanicolau, medo. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados, sendo incluídos na amostra os artigos que tratam do conhecimento e das práticas de saúde da mulher a cerca do exame citopatológico, artigos publicados na língua portuguesa, no período entre janeiro de 2005 e dezembro de 2014, disponíveis online, na íntegra.

Foram excluídos os artigos publicados em línguas estrangeiras, artigos que não estão disponíveis na íntegra, além daqueles publicados fora do período determinado e cujo tema não se refere ao tema central desta pesquisa. Também foram excluídos os artigos referentes ao Papanicolau que não tratavam do olhar da paciente frente ao exame. Foram obtidos 08 artigos na composição da amostra desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Na etapa de coleta de dados e categorização dos estudos foi feita a leitura minuciosa dos artigos completos que foram selecionados. Para coleta e registro das informações de cada artigo, utilizou-se um formulário não validado, denominado instrumento de coleta de dados em pesquisa bibliográfica (MOURA-FERREIRA, 2008). Este instrumento permite o registro de dados referentes aos periódicos, aos pesquisadores, ao estudo, tipo de estudo/ metodologia, resultados e conclusão/ considerações finais.

Na análise dos estudos incluídos e distribuídos em categorias, foi realizada uma avaliação crítica em busca de informações sobre o tema e explicações para os resultados diferentes ou contrários. Nesta etapa realizou-se a avaliação da qualidade metodológica, da relevância e da autenticidade das informações coletadas, de acordo com a apresentação dos conteúdos e análise estatística descritiva.

A interpretação dos resultados foi baseada nos dados evidenciados nos artigos incluídos na RI com o conhecimento teórico disponível sobre o tema. Na última etapa foi apresentada a síntese da discussão dos resultados encontrados de forma descritiva, sendo pontuada a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias (Tabela 1):

- (1) Sentimentos relacionados ao exame (vergonha/constrangimento, dor/ desconforto, medo);
- (2) O conhecimento influencia a adesão (escolaridade, sabedoria cultural) ;
- (3) Contribuição do serviço de saúde (busca ativa insuficiente, educação em saúde ausente, falta de especialização do enfermeiro, dificuldade no agendamento das consultas); e por fim,
- (4) “Falta de tempo” (a mulher e sua sobrecarga de responsabilidades)

Nome do artigo	Ano de publicação	Categorias
Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia	2014	▪ (1); (2); (4)
Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: Avaliação do acesso	2014	(1); (3)

Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero	2012	▪ (1)
Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame de Papanicolau	2012	▪ (1); (3)
Percepção das mulheres acerca do exame colpocitológico	2011	▪ (1); (2)
Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame Papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino	2009	▪ (1); (2); (3); (4)
Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção das mulheres	2009	▪ (1); (2); (3); (4)
Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: Implicações para a saúde da mulher	2008	▪ (1); (2); (3)

Tabela 1. Distribuição dos artigos da revisão integrativa analisados em categorias.

Fonte: os autores.

A seguir são apresentadas e discutidas as categorias obtidas nesta RI (Tabela 2).

	Categorias			
	Sentimentos relacionados ao exame	O conhecimento influencia a adesão	Contribuição do serviço de saúde	“Falta de tempo
Frequência (n)	8	5	5	3
Porcentagem (%)	100	62,5	62,5	37,5
Autores	Andrade, et al Brito-Silva, et al Nascimento, Nery, Silva Andrade, et al Matão, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al	Andrade, et al Matão, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al	Brito-Silva, et al Andrade, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al	Andrade, et al Ferreira Silva, et al
Período de publicação	2008-2014	2008-2014	2008-2014	2008-2014

Tabela 2 – Frequência e porcentagem das categoriais obtidas na amostra de artigos da revisão integrativa.

Fonte: os autores

### Sentimentos relacionados ao exame

Esta categoria esta presente em 100% (08) da amostra de artigos, foi titulada como “Sentimentos relacionados ao exame”. Nesta denominação estão descritos os principais sentimentos encontrados na literatura pesquisada que as mulheres referem

ter relacionados ao exame, seja antes, durante ou depois do mesmo. Tais sentimentos influenciam negativamente na realização do Papanicolau, pois desmotivam as mulheres a fazer o preventivo.

Os sentimentos mais citados foram vergonha/constrangimento, medo e dor/desconforto. Segundo Matão e et. al. (2011), a maioria das mulheres fez referência ao momento do primeiro exame como vergonhoso e em muitos casos, é mantida a percepção inalterada ao longo dos anos.

Algumas disseram no estudo que no decorrer dos anos esse sentimento foi melhorado e hoje conseguem realizar o exame com mais tranquilidade. No estudo de Barbeiro e et. al. (2009), 52% das mulheres entrevistadas relataram ter vergonha.

A vergonha e o constrangimento são sentimentos de efeito negativos para a realização do exame de papanicolau, podendo influenciar na baixa procura do serviço. Estes sentimentos podem ser agravados pela quantidade de aprendizes presentes na sala de exame para visualização ou realização da coleta do material, com a finalidade de adquirir destreza e técnica neste procedimento (ANDRADE et. al., 2013).

De acordo com Nascimento; Nery; Silva (2012) As mulheres consideram o papanicolau como um procedimento desconfortável e por isso apresentam medo de sentir dor durante o exame. Elas expressaram sentir medo do exame e do resultado. Também citaram vergonha da exposição do corpo, e desconforto com a posição ginecológica. No estudo de Matão e et. al. (2011) uma paciente diz: “Só dói um pouquinho assim, mas a gente fica... é por que a gente contrai bastante, tem medo de doer, machucar.

Então apesar do reconhecimento do exame ser importante para a saúde, a maioria das mulheres ainda faz referência ao aspecto desagradável que o exame causa. A posição ginecológica da mulher durante o exame torna o momento constrangedor e vergonhoso (FERREIRA, 2009; RODRIGUES et. al., 2001).

A sensação dolorosa pode resultar de muitos fatores, como: ressecamento da mucosa vaginal; introdução do espécúlo; estado de maior tensão, que provavelmente é gerado pelas expectativas quanto ao exame e seus resultados; presença de acadêmicos na sala de exame, que gera ou aumenta o constrangimento.

Tais fatores resultam numa tensão emocional e muscular que acaba gerando a dor, o que dificulta a realização do exame (ANDRADE et. al., 2014). Por isso, por vergonha e medo muitas mulheres colocam sua saúde em risco não fazendo o exame preventivo regularmente, a vergonha ainda prevalece quando o profissional é do sexo masculino (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

### **O conhecimento influencia a adesão**

A segunda categoria está presente em 62,5% (5) dos artigos selecionados e foi denominada como: O conhecimento influencia a adesão. Nesta categoria está demonstrado com base na literatura pesquisada que o conhecimento das mulheres a cerca do exame facilita ou não a realização do mesmo. Saber mais sobre o

Papanicolau, como o seu objetivo e como é realizado, diminui a insegurança da mulher, conseqüentemente aumenta a população que realiza o exame de prevenção.

Um estudo no Rio Grande do Norte revelou que 36,7% das usuárias não sabiam dos benefícios que o exame representa para a sua saúde, essas mulheres não foram orientadas sobre a importância do método como triagem, que permite diagnóstico e tratamento de lesões cervicais precocemente, antes de se tornarem formas malignas, prevenindo assim o câncer de colo de útero (FERNANDES, 2009).

No estudo de Andrade, et al (2014), a não adesão ao exame esta estatisticamente associada ao conhecimento inadequado da mulher sobre o Papanicolau. As mulheres que justificam não realizar o exame pela ausência de sintomas mostra comportamento característico aos países subdesenvolvidos, onde as condições junto com a desinformação contribuem para o entendimento da população de que não se deve procurar assistência à saúde caso não se tenha sintomas (BRENNAN; et al, 2001).

Todos sabem que o CCU pode ser prevenido, mas a muitas mulheres no Brasil que morrem por este tipo de câncer, pelo fato de não saberem a finalidade do Papanicolau (SILVA; et al, 2008). Mesmo com a implantação de programas pelo MS, e a extensa divulgação das informações a respeito do Papanicolau na rede básica de saúde, a maioria das mulheres pouco sabem com clareza o significado da prevenção de câncer de colo de útero (BRITO, et al 2007; DAVIM, et al 2005 e THUM, et al 2008)

Segundo Barbeiro, et al (2009) as mulheres do estudo não sabem realmente qual a periodicidade de realização do exame, a maioria destaca a cada seis meses, o segundo mais falado é a cada um ano, mas a casos de falas que acreditam que o exame deve ser realizado todo mês, sendo que a periodicidade recomendada pelo MS, caso não se tenha sintomas e dois exames consecutivos normais, é a cada três anos.

O fato de muitas mulheres verem o CCU como uma doença distante delas influencia a não realização do exame, e infelizmente, quase sempre esse conhecimento consensual só muda quando desenvolvem a doença ou algum conhecido é acometido (SILVA; et al, 2008).

De acordo com Pinho; et al (2003) a falta da importância do exame de Papanicolau para muitas mulheres, é um desafio para os serviços de saúde, pois diminui o rastreamento ao CCU, principalmente da faixa das consideradas de maior risco para desenvolver a doença.

### **Contribuição do serviço de saúde**

A Terceira unidade, está presente em 62,5% (5) da literatura pesquisada, sendo chamada de “Contribuição do serviço de saúde”, onde reitero a partir dos artigos encontrados as dificuldades impostas pelos serviços de saúde, a falta de educação permanente e busca ativa pela unidade, e inadequada capacitação da equipe de saúde que impede a humanização no atendimento.

Unidades de saúde distantes é um motivo citado por uma das entrevistadas no

estudo de Ferreira (2009), “Sempre morei na zona rural e ficava difícil para eu vir até o posto de saúde” outra ainda refere não ter dinheiro para ir à unidade com transporte coletivo: “Moro longe e não tinha como vir, por que tenho que vir de circular e me faltava dinheiro...”

O alcance insuficiente da população pelo serviço de saúde devido a grande extensão territorial também é encontrado no estudo de Silva, et al (2008) o qual trata das mulheres amazônicas, onde o território não é de fácil acesso.

A pouca procura pelo exame preventivo evidenciada na unidade de saúde do estudo de Andrade e et. al. (2014) se dá pela busca ativa insuficiente, esta é responsabilidade do ACS, não deixando de questionar o enfermeiro, coordenador da unidade que deve participar da função e orientar a ACS quanto ao serviço de rastreamento de mulheres da comunidade que necessitam realizar o Papanicolau.

Nos resultados de Brito-Silva e et. al. (2014) pode-se afirmar que a dificuldade no acesso à atenção básica se deve à baixa flexibilidade no agendamento de consultas. A dinâmica no atendimento impõe restrições, e sua burocratização, desmotiva a mulher a buscar pelo serviço de saúde, dificultando assim a realização regular do Papanicolau.

A realidade de baixa procura do serviço de saúde pelas mulheres se faz ainda mais presente quando os profissionais de saúde se atentam somente ao ato de fazer o teste de Papanicolau e de cumprir metas, não priorizando a informação sobre a finalidade e importância do exame (BARBEIRO, et al 2009; FERREIRA, 2007).

Ainda no artigo de Andrade e et. al. (2013) mulheres sugerem que os profissionais “conversem mais” explicando o procedimento, a fim de reduzir a ansiedade durante a coleta do material citológico.

O profissional deve se importar com sua postura corporal, a forma como toca o paciente e as emoções e sentimentos que transmite durante o atendimento, assim os vínculos afetivos são criados, melhorando a avaliação e o planejamento assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A falta de grupos de conversa também afeta o atendimento a mulher, podendo este facilitar o caminho para a realização do exame. Um grupo de mulheres se torna uma âncora no cotidiano, cada membro com a sua força garante sustentação, apoio fortalecimento social e emocional (MENEGEL et al, 2005)

### **“Falta de Tempo”**

A última unidade esta presente em 37,5% (3) dos artigos encontrados, sendo intitulada como “Falta de Tempo”.

Sendo a mulher detentora de diversas responsabilidades no lar e hoje em dia também no mercado de trabalho, a saúde acaba ficando em segundo plano, pois a maioria de queixa de falta de tempo para realização do exame.

Ter quatro ou mais filhos teve relação significativa com a não adesão ao Papanicolau, pela sobrecarga das mulheres com os cuidados a família, que influência

diretamente o acesso da população feminina as unidades de saúde (ANDRADE et al, 2014).

Na pesquisa de Barbeiro e et al (2009) 15% das mulheres entrevistadas relataram não ter tempo para procurar a unidade de saúde para realização do exame preventivo, citaram como principais motivos a adequação aos horários de tempo marcação de consultas e fila de espera para o atendimento.

## CONCLUSÕES

Este trabalho procurou identificar na literatura motivos que levam a população feminina a não aderirem a colpocitologia, exame este muito importante para prevenção do CCU e tratamento de outras doenças como DST's.

Com os motivos que dificultam a realização do papanicolau reunidos em um só artigo, profissionais da saúde que trabalham principalmente na atenção básica podem traçar estratégias para alcançar mulheres que não fazem o exame regularmente.

Foram identificadas diversas causas para a falta da procura do serviço de saúde, porém as mais citadas continuam sendo a vergonha, o constrangimento, a dor e o medo. Este exame considerado pelas pacientes invasivo e que expõe o corpo feminino é visto pela maioria como importantíssimo para a saúde, mas sentimentos deste tipo tem o poder de atrapalhar o cuidado e a preocupação da mulher com ela mesma.

De acordo com os artigos encontrados a melhor forma de combater esse pudor “exagerado” e o medo descrito é com a criação do vínculo entre profissional de saúde e paciente. A educação permanente em saúde e o extremo cuidado no atendimento do profissional que coleta o material citológico também são responsáveis por diminuir esses sentimentos enraizados na população feminina e que se proliferam a cada conversa e depoimento da experiência vivida entre amigas e familiares.

Outra dificuldade evidenciada nas pesquisas é a falta de conhecimento das mulheres em relação ao exame, muitas ainda não sabem que o Papanicolau deve ser feito anualmente ou a cada três anos depois de dois resultados consecutivos normais. A palavra prevenção apesar das constantes campanhas, ainda não esta clara para a população feminina, o porquê, como e quando, são perguntas que muitas mulheres não sabem responder.

O conhecer evita ansiedade, preocupação, medo, conseqüentemente aumenta a adesão das mulheres ao exame preventivo. Por isso a informação, a educação em saúde deve ser constante e feita por todos os profissionais de uma unidade de saúde, principalmente da atenção básica que acolhe a população mais carente, com menos instrução, que requer mais carinho, tempo e paciência, mas que não devem ser esquecidos, pois nessas comunidades estão muitas mulheres consideradas de risco para desenvolver CCU.

O serviço de saúde diversas vezes cria obstáculos, que influenciam na baixa

procura pela colpocitologia. Dia e horário definidos para marcação de consultas pode ser considerado um obstáculo para diversas mulheres. Filas de espera intermináveis também desmotivam a procura do mesmo, apesar de que nem sempre podem ser resolvidas pelos PSF's que atendem uma enorme população.

Postos de saúde distantes da sua área de cobertura é uma realidade encontrada em diversas partes do país, que dificultam o rastreamento de mulheres e deslocamento da população carente. Equipes de saúde pouco preparadas, ou com profissionais “desleixados” que não realizam uma busca ativa suficiente é uma dificuldade na realização do exame preventivo, o que muitas vezes pode ser solucionado por uma busca ativa eficiente as mulheres que tem alto risco de contrair doenças e/ou desenvolver o CCU.

Também existe o mau atendimento por um profissional de saúde, que pode causar um trauma na paciente, que desiste de realizar o exame regularmente e motiva mulheres do mesmo circulo social a fazer o mesmo.

Por fim, a falta de tempo das mulheres é um empecilho para realizar o Papanicolau. Horários de trabalho que são os mesmos de funcionamento do posto de saúde, os filhos que necessitam da sua atenção integral, a casa que requer cuidados diários. Todas essas responsabilidades dificultam a ida da mulher ao serviço de saúde, principalmente se esta não tiver queixas que a incomodem, assim a realização do exame é adiada até um dia que seja extremamente necessário arranjar um tempo.

Acreditamos que esta RI é de imensa importância para o serviço de saúde, os resultados obtidos demonstram o que muitos sabiam, mas trazem aspectos novos, dimensões diferentes, do que já era relatado pela população feminina.

Cabe aos profissionais de saúde e as mulheres se empenharem para promover a saúde, fazendo a prevenção das doenças identificadas pelo exame, principalmente o CCU que é responsável por inúmeras mortes.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. S.; ALMEIDA, M. M. G.; et al. **Fatores associados a não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela estratégia saúde da família em Feira de Santana, Bahia.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. v. 23, n. 1, p. 111-120, 2014.

ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; SILVA, M. S. S.; OLIVEIRA, S. H. S.; et al. **Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, 2013.

BARBEIRO, F. M. S.; CORTEZ, E. A.; et al. **Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino.** Rev. de pesq.: cuidado é fundamental Online. v. 1 , n.2, p. 414-422, se/dez 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS; 2007.

BRENNA, S. M. F.; HARDY E.; ZEFERINO L. C.; NAMURA, I. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino**. Cad Saúde Pública. v.17, n. 4, p. 909-914, jul-ago 2001.

BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; et al. **Sentimentos e expectativas das mulheres a cerca da citologia oncológica**. Rev. bras. enferm. v. 60. n. 4, p. 387-390, 2007.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; et al. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso**. Rev. Saúde Pública. v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; et al. **Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou**. Rev. esc. enferm. USP. v. 39, n. 3, p. 296-302. 2005

FERNANDES, I. V.; RODRIGUES, S. H. L.; et al. **Conhecimentos, atitudes e pratica do exame de Papanicolaou por mulheres, nordeste do Brasil**. Rev. Saúde Pública. v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. **Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v. 13, n. 2, p. 378-384, abr-jun 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. **Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de papanicolaou e de mama**. Rev. ciênc. méd. v. 16, n. 1, p. 9, jan-mar 2009.

FERREIRA, M. L. S. M.; OLIVEIRA, C. **Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo uterino e detecção precoce do câncer da mama**. Rev. Bras. Cancerol., v. 52, n. 1, p. 5-15. 2006

FREITAS FILHO, L. A.. **O exame papanicolaou e o diagnóstico das lesões invasoras do colo do útero**. Centro de Consultoria Educacional - Universidade Paulista. Recife, 2011.

INCA - Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultadoscomentarios.asp>>. Acesso em: 10/06/2015.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura**. IN: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S.C.M. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde São Paulo: látrica, 2010.p.105-126.

MARTINS, L. F. L.; THULE, L. C. S.; VALENTE, J. G.. **Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MATÃO, M. E. L.; MIRANDA, D. B.; et al. **Percepção das mulheres acerca do exame colpocitológico**. R. Enferm. Cent. O. Min., v. 1, n. 1, p. 47-58, 2011.

MELO, M. C. S. C.; et al. **O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária**. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem**. Texto Contexto Enferm., v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

- MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; et al. **Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero**. Cien Saúde Colet., v. 10, n. 1, p.111-118, 2005.
- MOURA-FERREIRA, M. C. **Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica**. 01 p. 2008 [mimeografado].
- NASCIMENTO, L. C.; NERY, I. S; SILVA, A. O. **Conhecimento Cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p.476-480, out-dez 2012.
- RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; et al. **Percepção de algumas de mulheres sobre o exame Papanicolau** . Esc Anna Nery Rev. enferm., v. 5, n.1, p. 113-118, 2001.
- SILVA, E. D.; et al. **Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino**. Rev Esc Enferm USP., v. 44, n. 3, p. 55460, 2010.
- SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; et al. **Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher**. Esc Anna Nery Rev Enferm. v. 12, n. 4, p. 685-692, dez 2008.
- THUM, M.; HECK, R. M; et al. **Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção**. Ciênc. Cuid. Saúde., v. 7, n. 4, p. 509-516, 2008.
- VALENTE, C. A. et al. **Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou**. Rev Esc Enferm USP., v. 43, n. 2, p. 1193-1198, 2009.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of Advanced Nursing. v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002.

## O AUTO CUIDADO NA SAÚDE DAS MULHERES ENFERMEIRAS NO MUNICÍPIO DE ASSÚ/RN

### **Ilza Iris dos Santos**

Professora na Faculdade de Ensino Integrados ASLIM - Faslim; Especialista em UTI Neonato Pediátrica e em UTI Geral pela Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia - CENPEX. Enfermagem pela Universidade Potiguar- UNP. Mossóro/RN. ilzairis@hotmail.com

### **Ennytelani Tâmara Ferreira de Oliveira**

Enfermagem - Universidade Potiguar-UNP. Especialista em Enfermagem em Obstetrícia - UNP. Pós graduanda em Urgência e Emergência- UNP. Mossoró/RN

### **Laurellena Barata Gurgel Dutra**

Enfermagem- Universidade Potiguar- UNP. Mossoró/RN

### **Rodrigo Jacob Moreira de Freitas**

Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Mestre pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE, Mestre pela Universidade Estadual do Ceará - PPCCLIS/UECE. Foi Professor Substituto da Universidade Estadual do Ceará - UECE; Professor Adjunto da Faculdade de Ensino Superior do Ceará - FAECE; e, docente na Universidade Potiguar – UNP. Fortaleza/CE

### **Sibele Lima da Costa Dantas**

Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará-UECE. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE. Membro do grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e Enfermagem/

GRUPESME/UECE. Graduada em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte- UERN. Fortaleza/CE.

### **Rúbia Mara Maia Feitosa**

Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Membro do grupo de pesquisa: Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU). Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (Pós-graduação Lato Sensu) pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP/ FIOCRUZ). Fortaleza/CE

### **Natana Abreu de Moura**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - PPCCLIS/UECE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/UECE. Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará e substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza/CE

### **Renata de Oliveira da Silva**

Enfermagem - Universidade Potiguar- UNP. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem em Dermatologia - Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia- CENPEX. Mossoró/RN

### **Ingrid Rafaely Alves Saraiva**

Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade Metropolitana do Vale do Aço-FAMEV. Enfermagem pela Universidade Potiguar-UNP. Mossoró/RN.

### **Maria Alcione Oliveira da Silva Chaves**

Especialista em: Gestão Pública-UECE; Reengenharia de Projetos Educacionais; Gestão Educacional; Reengenharia de Projetos Educacionais. Faculdade Severia- SP- Tabuleiro do Norte/CE. Enfermagem- Universidade Potiguar- UNP. Limoeiro do Norte/CE

### **Erison Moreira Pinto**

Pós graduando em Enfermagem e Dermatologia e Tratamento de Feridas - Universidade Potiguar- UNP. Enfermagem- UNP- Mossoró/RN. Apodi/RN

### **Maria Neucivânia de Medeiros**

Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Urgência e Emergência; UTI Neonatal e pediatria –FACENE. Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte- UERN. Mossoró/RN

**RESUMO:** O câncer (CA) não é uma doença única, agrupa diferentes doenças de várias causas, manifestações, tratamentos e prognósticos. O enfermeiro deve realizar ações efetivas contra o câncer de mama e de colo uterino por meio do cuidado integral da mulher e da consulta de enfermagem, por meio do exame de prevenção, o qual neste trabalho relatamos o exame preventivo como o exame Papanicolau e o exame clínico dos Boobs. Este artigo tem como objetivo compreender como os enfermeiros atuantes na atenção primária realizam o autocuidado relacionado ao seu exame de prevenção e os objetivos específicos para identificar com que frequência os profissionais realizam os exames específicos de câncer de colo de útero e mama, conhecer as Instalações e dificuldades para o autocuidado do profissionais na realização do exame. Caracteriza-se como um estudo qualitativo descritivo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com oito enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana da cidade de Assu-RN. Percebemos que os enfermeiros possuem conhecimento sobre o autocuidado, o câncer de colo de útero e de mama, a importância do exame de Papanicolaou e o autoexame das mamas, ou seja, a prevenção da saúde da mulher. Conclui-se que os enfermeiros possuem conhecimentos teóricos e práticos sobre o autocuidado e a prevenção desses cânceres, mas muitas vezes negligenciam o autocuidado. Eles cuidam de seus pacientes, orientam a necessidade e a importância do autocuidado, mas acabam cuidando dos outros a ponto de esquecer que também precisam ser cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer; Cuidados pessoais; Exame de prevenção.

### **THE AUTO CARE FOR THE HEALTH OF NURSING WOMEN IN THE ASSU/ RN MUNICIPALITY**

**ABSTRACT:** Cancer (CA) is not a single disease, it groups different diseases from various causes, manifestations, treatments and prognoses. The nurse must perform effective actions against breast and cervical cancer through the integral care of the woman and the nursing consultation through the prevention exam, which in this work we report the preventive examination as the Papanicolau exam and the clinical examination of the Boobs. This article aims to understand how primary care nurses perform self-care

related to their prevention examination and the specific objectives to identify how often professionals perform specific cervical and breast cancer exams, know the Facilities and difficulties for the self-care of the professionals in the accomplishment of the examination. It is characterized as a qualitative descriptive study, performed through a semi-structured interview with eight nurses working in the Basic Health Units located in the urban area of the city of Assu-RN. We realized that nurses have knowledge about self-care, cervical and breast cancer, the importance of the Pap smear and the self-examination of the breasts, that is, the prevention of women's health. It is concluded that nurses have theoretical and practical knowledge about self-care and prevention of these cancers, but often neglect self-care. They take care of their patients, guide the need and importance of self-care, but end up taking care of others to the point of forgetting that they also need to be taken care of.

**KEYWORDS:** Cervical cancer; Breast cancer. Self-care.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer (CA) é uma doença que agrupa diversas doenças distintas com várias causas, manifestações, tratamentos e prognósticos. É um processo patológico que se inicia quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do seu DNA celular, essa célula doente, forma um clone que irá se multiplicar de maneira desordenada (BRUNNER & SUDDARTH, 2012).

O câncer de mama é comum se desenvolver nas áreas da mama que acomete os ductos e os lóbulos. Esse tipo de CA é o mais temido entre as mulheres por sua alta frequência e também por apresentar-se como o segundo tipo de neoplasia mais incidente, porém ele é relativamente raro nas mulheres com menos de 35 anos (GONÇALVES et al, 2012).

Em associação esses tipos de câncer podem ser identificados durante a consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), em qual a equipe denomina de popularmente de preventivo. Segundo uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o sexo feminino estimava-se cerca de 237.480 novos casos de câncer de todos os tipos de localização, destes 28% corresponderia ao CA de mama e 11% ao CA do colo uterino (BRASIL, 2013).

Os profissionais de saúde precisam efetuar ações preventivas eficazes contra esses dois tipos de câncer, o ministério da saúde, propõe medidas para o enfermeiro desenvolver na Unidade Básica de Saúde (UBS) como, por exemplo, realizar atenção integral as mulheres, realizar a consulta de enfermagem por meio da coleta do exame Papanicolau e exame clínico das mamas, que aqui nesta pesquisa referenciamos como exame da prevenção, solicitar exames complementares, fazer atividades de educação permanente juntamente aos demais profissionais da equipe, dentre outros (BRASIL, 2013). Entretanto existem poucas literaturas que retratem sobre esse profissional que cuida, mas não é cuidado. Já que por muitas vezes a enfermeira

sabe como lidar com o problema em questão, mas negligência o seu auto cuidado, quando se refere ao mesmo problema (SILVA; GRIEP & ROTENBERG, 2009).

Portanto como a atenção básica se caracteriza pelo primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS) e por estar envolvida nas práticas gerenciais, sanitárias e participativas, por meio do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, espera-se que os profissionais que lidam com esses problemas, na detecção precoce do câncer de colo do útero e mama, realizem suas consultas preventivas, do mesmo modo que o MS preconiza, e da mesma forma em que os mesmos repassam seus conhecimentos para os usuários (BRASIL, 2013).

Percebendo a importância do exame Papanicolau e o exame clínico das mamas para a saúde das mulheres, vários questionamentos permearam a construção dessa pesquisa: Será que essas enfermeiras - mulheres realizam periodicamente, conforme preconizado, seus exames de prevenção (exame papanicolau e exame clínico das mamas)? Será que elas são cientes da necessidade da realização dos exames de prevenção? Será que o conhecimento teórico adquirido durante a universidade serviu de base para sua vida íntima? Ou sua utilidade está apenas em relação ao usuário de saúde? Assim, chegamos à seguinte questão que permeou a construção da nossa pesquisa: Será que essas enfermeiras realizam o auto cuidado relativo ao seu exame de prevenção?

Nesse contexto, temos como objetivo compreender como as enfermeiras atuantes na atenção primária realizam o auto cuidado relativo ao seu exame de prevenção. E para objetivos específicos, temos: Identificar com que frequência os profissionais fazem os exames específicos do câncer do colo do útero e de mama; Conhecer as facilidades e dificuldades para o auto cuidado das profissionais na realização do exame.

## 2 | METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo qualitativo descritivo, pois buscamos pesquisar, descrever e compreender como as enfermeiras que atuam na atenção primária realizam o seu exame de prevenção. A pesquisa de natureza qualitativa segundo Ferigato & Carvalho (2011) é direcionada ao longo do seu desenvolvimento, seu foco de interesse é amplo e parte seguindo uma ideia divergente do método quantitativo, já que não busca enumerar ou medir eventos, entretanto a construção de sua metodologia é tão rigorosa quanto à pesquisa quantitativa.

A pesquisa se deu no município de Assú/RN, nas Unidades Básicas de Saúde situadas nos seguintes bairros Frutillândia I, Frutillândia II Vertentes, Bela vista, São João, Feliz Assú e Lagoa do Ferreiro que se localizam na zona urbana da cidade. A UBS do bairro Vertentes dispõe de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto, existem duas enfermeiras, em que a entrevista foi realizada com ambas.

Apopulação em estudo foi constituída de enfermeiras que trabalham nas unidades situadas na zona urbana, pois nestas unidades havia enfermeiras do sexo feminino, que foi o foco da nossa pesquisa. Para isso, utilizamos os seguintes critérios de inclusão: Enfermeiras, das UBS da zona urbana da cidade, enfermeiras que estejam entre a faixa etária de 22 anos aos 35 anos, pois apesar desse exame ser realizado em todas as faixas etárias, escolheu-se essa faixa etária por ser uma faixa etária de fertilidade para a mulher. Os critérios de exclusão foram: Outras profissionais da UBS, como as auxiliares e técnicas de enfermagem, enfermeiras que estiverem viajando ou ausentes no momento da entrevista, e enfermeiras que estejam acima da faixa etária escolhida.

A amostra da nossa pesquisa deu-se pela entrevista com 8 enfermeiras, tendo em vista que na zona urbana e nos locais onde aconteceu a pesquisa, essas unidades disponibilizaram de profissionais do sexo feminino.

A coleta de dados deu-se por dois momentos, no primeiro fizemos as entrevistas com quatro profissionais as que trabalhavam na Estratégia saúde da Família dos bairros São João, Bela Vista, Lagoa do Ferreiro e Feliz Assú. Em um segundo instante as entrevistas foram procedidas com as enfermeiras dos bairros Vertentes (onde há duas equipes, portanto duas enfermeiras), Frutilândia I e Frutilândia II. Em ambos os momentos foram aplicados o roteiro da entrevista semi-estruturada, e lidos e assinados o TCLE, pois segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os estudos envolvendo seres humanos no Brasil devem seguir e respeitar o princípio de que os indivíduos têm o direito de escolher livremente se querem participar da pesquisa, para que assim o estudo seja conduzido de acordo com as boas práticas clínicas.

Os aspectos éticos da pesquisa foram contemplados segundo o protocolo de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UNP), o qual a pesquisa foi submetida à avaliação. E respaldada pela resolução 466/2012 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A pesquisa foi enviada e aprovada segundo o número do protocolo 815.404, CAAE 35711314.0.0000.5296 no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da referida Instituição.

### 3 | RESULTADO E DISCUSSÕES

Foram realizadas entrevistas com 8 enfermeiras. As enfermeiras entrevistadas encontravam-se na faixa etária de 24 a 35 anos, todas trabalhavam em UBS há mais de 1 ano e menos de 5 anos, todas as enfermeiras tem uma carga horária de 40 horas/semanais. Nenhuma tem especialização em Saúde da mulher. Abaixo, traçamos um quadro de caracterização para identificação das falas das enfermeiras:

ENFERMEIRA	IDADE	ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER	TEMPO DE FORMAÇÃO
------------	-------	-----------------------------------	-------------------

<b>ENF 1</b>	33 anos	Não	2 anos e 2 meses
<b>ENF 2</b>	30 anos	Não	4 anos
<b>ENF 3</b>	27 anos	Em curso	3 anos e 8 meses
<b>ENF 4</b>	24 anos	Não	2 anos
<b>ENF 5</b>	29 anos	Não	5 anos
<b>ENF 6</b>	26 anos	Não	3 anos
<b>ENF 7</b>	27 anos	Não	4 anos
<b>ENF 8</b>	32 anos	Não	3 anos

**Quadro 1.**

Percebemos que algumas das entrevistadas afirmam estar em dia com sua saúde, porém quando fazíamos as perguntas, elas sempre repensavam tanto na questão do exame da prevenção (Exame Papanicolau e auto exame das mamas), quanto na consulta de enfermagem com os pacientes. Nosso roteiro para entrevista semiestruturada foi elaborado com 5 perguntas e o subdividimos em 3 categorias que abordam a todas as perguntas e respostas.

### **3.1 Categoria 1: Frequência e importância da realização do exame**

O câncer de colo de útero (CCU) é segundo mais comum no mundo e o único câncer genital feminino que realmente pode ser prevenido através de investigação efetiva e de baixo custo que permite a detecção e tratamento na fase pré-maligna, ainda na forma de neoplasia intra epitelial cervical (NIC). Existem diversos fatores de risco, sendo eles: menarca precoce, mulheres de baixo nível socioeconômico, aquelas que iniciaram precocemente as atividades sexuais, vários parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, tabagismo, gravidez precoce, múltiparas e prostitutas (FREITAS, et al, 2011).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) de alto risco (16,18,31,33,35) é a principal causa do CCU, sendo que estudos atuais indicam sua presença em mais de 90% dos casos de tumor invasor. O carcinoma de células escamosas geralmente se origina na junção escamo colunar (JEC) do colo uterino, precedido na maioria das vezes do NIC e carcinoma *in situ* que, se não for tratado evolui para carcinoma invasor em 10 a 30% dos casos. Na maioria dos casos a NIC III já aparece nessa fase, sem passar pelas fases antecessoras, as lesões podem ser endofíticas ou exofíticas. (FREITAS, et al, 2011).

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente na mulher brasileira, ocorre principalmente após os 40 anos de idade, nos últimos anos têm sido observado um fenômeno inexplicável: o aumento sensível de sua incidência em faixas etárias mais jovens em todo o mundo. A etiologia do câncer de mama é desconhecida, e seus fatores de risco, quando analisados individualmente, são abstrações estatísticas. Da fase inicial até sua progressão, na intimidade do tecido mamário, até o diagnóstico, muitos anos podem ter se passado (FREITAS, et al, 2011).

A primeira categoria da nossa pesquisa refere-se à frequência com que essas enfermeiras realizam o auto exame das mamas e exame Papanicolau, aqui denominamos essa junção de exame da prevenção, e o que essas enfermeiras compreendem pela importância desses exames.

Quanto à frequência da realização do exame Papanicolau e auto exame das mamas, a maioria das enfermeiras sabem que devem realizar o exame anualmente, porém muitas vezes não é o que acontece, como ilustrado na fala das enfermeiras:

“Já faz exatamente dois anos que não realizo o exame Papanicolau. Com relação ao autoexame das mamas realizo sempre depois do período da menstruação, porém nunca fiz exame de imagem (Enf. 3).”

“Realizo anualmente. Quanto ao das mamas faço apenas o auto exame, nunca realizei exame de imagem (Enf. 6)”

“Em 2013 e 2014 tive um intervalo de um ano. Mas, não fiz em 2010 e em 2011, fiz nos anos de 2012, 2013 e 2014. Fiz ultrassonografia das mamas esse ano e foi a primeira que fiz na vida. Realizo esses exames, pois sei da necessidade do mesmo, mas sempre vou deixando para depois... (Enf.7).”

“Pelo menos de dois em dois anos. Sei que deve ser feito uma vez ano, mas por dificuldade da coleta na cidade através do meu plano de saúde, não fiz (Enf. 1)”

Percebemos nas falas dessas enfermeiras uma carência em realizar esses exames, embora algumas falem que tenham o realizado esse ano, ou como elas “tentam” realizá-lo anualmente, mas a maioria das falas carrega um discurso relapso em relação ao Papanicolau ou o autoexame das mamas.

Ao longo da entrevista percebeu-se que essas enfermeiras detêm o conhecimento e sabem o que fazer acerca da temática do câncer do colo do útero e mama, entretanto elas muitas vezes não o realizam quando falamos em auto cuidado, pois tendem a levar esse cuidado para o paciente, falando sempre de como fazem durante uma consulta de enfermagem. Percebemos que esse conhecimento sobre o exame da prevenção e a doença, adquirido na graduação contribuiu para a tomada de decisão e realização contínua desses exames, como mostra a Enf.6 na sua fala:

“Faço o Papanicolau, pois, através do conhecimento que tenho de sua importância percebi que deve ser realizado anualmente, já que antes de ser enfermeira não dava tanta importância assim, passando até dois anos sem realizá-lo (Enf.6)”

“Nunca realizei preventivo. Realizo o autoexame das mamas. Nunca realizei pois ainda sou virgem e não vejo necessidade, pois não apresento nenhuma intercorrência (Enf. 5)”

Sabemos que há situações de coleta especial, e no caso da mulher ser virgem ela pode realizar o exame, embora ela não seja uma coleta de rotina. Mas em algumas situações é exigido a coleta, como na presença de condilomatose na genitália (SOUZA, 2008).

Quando nos referimos sobre o reconhecimento dessas profissionais acerca da importância desses exames, todas as entrevistadas afirmam compreender sobre o valor significativo dos mesmos para a saúde da mulher, como relatado abaixo:

“Sim, como profissional da área de saúde, compreendo a grande importância de realizar o exame, pois, estaremos prevenindo o câncer do colo do útero, bem como fazendo o diagnóstico precoce caso a doença já exista. Além disso, diagnosticando e tratando doenças que podem nos acometer, por exemplo, as DST's (Enf. 2)”.

“Como profissional da área da saúde, compreendo a grande importância de se realizar o exame, na intenção de prevenir o câncer do colo do útero e um diagnóstico precoce (Enf. 3)”.

“Compreendo a importância, o exame se realizado periódico permite que o diagnóstico seja feito cedo reduzindo assim o índice de mortalidade por câncer de colo do útero e de mama (Enf. 4)”.

“Compreendo. Muitas intercorrência são diagnosticadas através desses exames (Enf. 6)”.

“Compreendo. Os enfermeiros que estão no PSF têm mais facilidade em realizar o exame (Enf. 7)”.

Como se percebe, nas falas dessas enfermeiras é límpido o discurso de que as mesmas compreendem acerca da importância desses exames para o cuidado e prevenção na saúde da mulher, embora reconheçam a importância do auto cuidado e deste para saúde preventiva feminina, isso não quer dizer que as mesmas o realizem frequentemente.

### **3.2 Categoria 2: Facilidades e dificuldades**

Estudos sobre a relação saúde-trabalho para as profissionais de enfermagem iniciaram na década de 70, e mostrou desde os primeiros momentos, que a saúde do trabalhador de enfermagem é comprometida. Alguns problemas de saúde física e mental estão associados a alguns fatores, como: prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção, excesso de tarefas, baixa remuneração, automação das tarefas, alta responsabilidade e complexidade das tarefas. Sendo assim, o trabalho deixa de significar satisfação e/ou ganhos materiais para tornar-se sofrimento, exploração, doenças e até morte (SILVA; GRIEP & ROTENBERG, 2009).

A segunda categoria refere-se à opinião das enfermeiras acerca das facilidades e dificuldades na realização do exame da prevenção, algumas dessas profissionais, responderam voltando sua opinião para a sua prática na consulta de enfermagem, mas surgiram diversos fatores que são facilitadores para a realização do exame da prevenção, dentre os quais temos: A facilidade em encontrar esse exame na rede pública e privada, o conhecimento que o profissional detém sobre o exame e importância, trabalhar no Programa Saúde da Família (PSF), pois ajuda tendo em vista

a quantidade de argumentos que as mesmas utilizam. Abaixo retratamos algumas falas das enfermeiras que retratam as facilidades encontradas para realização do exame da prevenção:

“Encontramos esse serviço oferecido em todos os postos de saúde e profissionais capacitados para realização destes (Enf 3).

“O conhecimento que você detém sobre o tema, pelo fato de ser enfermeira, e saber da sua importância, embora eu nunca tenha feito (Enf 5).

“Como facilidades, acho a rapidez, tranquilidade que o profissional passa e a importância do exame que eu sei. (Enf 6).

“Vejo como facilidade o fato de trabalhar no PSF pela quantidade de argumentos que são usados com as usuárias e o conhecimento que científico que eu possuo (Enf 7).

E para as dificuldades dentro desse contexto as enfermeiras relatam: A falta de tempo, comodismo, desconforto, trabalho, demora em receber o resultado do exame, constrangimento em virtude dos outros profissionais, questões financeiras, por não receber o dinheiro no dia em que precisa faltar. A seguir algumas falas que expõe a opinião das enfermeiras quanto às principais dificuldades encontradas na realização desses exames:

“Como principal dificuldade, vejo que sou uma profissional controlada, no entanto se preciso faltar meu trabalho, embora traga atestado, levo falta e não recebo a gratificação referente ao dia. Portanto, não gosto de faltá-lo. (Enf. 3)”.

“Não encontro muitas dificuldades não, mas aqui, por ser interior há um constrangimento em virtude das demais profissionais serem conhecidas e trabalharem comigo (Enf.5)”.

“E como dificuldades: O tempo, trabalho, a demora do resultado do exame (Enf.6)”.

“Para as dificuldades acredito que o tempo e trabalho, pelo fato de trabalhar em uma carga horária de 40 horas/semanais (Enf. 7)”.

Percebeu-se assim, que encontramos mais dificuldades que facilidades nas falas dessas enfermeiras, isso acontece por inúmeros fatores, já citados anteriormente. Também percebemos que apesar do conhecimento científico adquirido, muitas não sabiam expressar as facilidades na realização desse exame. De acordo com as falas dessas profissionais, percebemos que como relatou Silva (2009), em sua dissertação, a inserção da mulher no mercado de trabalho provocou alterações significativas em seu cotidiano.

O trabalho da enfermagem é marcante, pois, além de se caracterizar como uma profissão essencialmente integrada por mulheres há uma especificidade nas ações que são desenvolvidas por elas no dia-a-dia. Portanto, a enfermagem é uma profissão exercida em sua maioria por mulheres, que geralmente tem uma vida diária com responsabilidades a serem realizadas. Em geral, as mulheres que buscam trabalho

fora de casa levam consigo uma referência da maternidade, logo, a necessidade de trabalhar convergente ao desejo de cuidar dos filhos e da casa pode ocasionar alguns conflitos. Portanto, esse cuidador, a enfermeira, também sofre desgaste físico, mental e emocional que afeta a sua integralidade (SILVA, 2009).

### 3.3 Categoria 3: O autocuidado das enfermeiras com a saúde

A terceira categoria refere-se à compreensão que essas enfermeiras tem sobre o auto cuidado, e como ele acontece em relação à saúde das mesmas. Todas as enfermeiras dizem compreender o auto cuidado, em outras palavras, como o cuidado de si mesmo. Elas trazem relação a esse auto cuidado com sua saúde, e em virtude da entrevista, elas retratam o cuidado na prevenção do câncer do colo do útero e mama, como referido nas demais falas abaixo:

“O auto cuidado é estar sempre alerta, buscando observar os desvios da normalidade. Buscar cuidar de nós e não apenas dos outros. O amor próprio contribui para o auto cuidado (Enf. 7)”.

“Auto cuidado compreende em práticas de atenção e ação que o indivíduo desempenha em si mesmo para melhorar a qualidade de vida, a saúde e o bem estar (Enf. 4)”.

Existem três categorias de requisitos que Orem faz ligação com o auto cuidado, sendo eles: Requisitos universais – Estão associados com as atividades de vida diária dos indivíduos a serem assistido, é aquelas atividades indispensáveis à manutenção da vida, saúde e bem estar, são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida e devem ser vistos como fatores inter-relacionados, cada um influenciando o outro; Requisitos de auto cuidado de desenvolvimento – reportam-se aos eventos ou situações novas que acontecem na vida humana, mas com propósito de desenvolvimento e, para o seu cumprimento, carecem dos requisitos de auto cuidado universais; Requisitos de auto cuidado no desvio da saúde - São os cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde identificado ou diagnosticado com o propósito de recuperação, reabilitação e controle (LUZ, et al, 2016).

Já a autonomia quer dizer autodeterminação da pessoa para administrar decisões ligadas a sua vida, saúde, integridade física e psíquica, bem como suas relações sociais. O princípio da autonomia, portanto, reporta-se à capacidade que tem o ser humano de realizar escolhas sobre o que é bom ou o que é seu bem-estar. A pessoa é autônoma quando tem liberdade de pensamento, livre de repressões internas ou externas para escolher entre as propostas que lhe são expostas. A autonomia demonstra o princípio da liberdade moral no qual todo ser humano é agente moral autônomo e tem obrigação de ser respeitado por todos os que conservam opções morais diferentes. (OLIVEIRA & BARBAS, 2013)

Ao retratarmos como elas avaliam esse auto cuidado no que se trata na prevenção do câncer do colo do útero e mama a maioria afirmou que se auto-avalia

bem cuidadas em relação a sua saúde, apesar de que na primeira categoria da nossa pesquisa, algumas disseram não realizar o exame da prevenção rotineiramente, e de demonstrarem bastantes pontos negativos para realização desses exames, em contrapartida dos pontos positivos, que seriam as facilidades. Entretanto, observamos também nas falas de algumas enfermeiras o descontentamento em cuidar da sua saúde, percebendo que algumas vezes deixou de executar esse auto cuidado em virtude de outras tarefas. A seguir visualizamos as falas dessas profissionais:

“Com relação ao exame Papanicolau realizo uma vez por ano porém, já faz dois anos que não realizo, portanto, estou relapsa com a minha própria saúde. E o exame da mama, realizo o auto exame uma vez ao mês (Enf. 3)”.

“Acho estável e bom. Pois até então nunca apresentei nenhum sintoma. Nunca realizei consulta com a ginecologista, entretanto realizo os exames para detecção de DST's, pois algumas podem ser transmitidas de outra forma, além da relação sexual (Enf. 5)”.

“Ah.. Eu acho que tudo pode melhorar, mas hoje considero que minha saúde encontra-se bem melhor que antes (Enf. 6)”.

“Em relação aos três últimos anos estou bem. Esse ano estou com maior cuidado pois estou querendo engravidar. Tenho consciência que preciso realizar esses exames (Enf. 7)”.

“Acredito que pode ser melhor, pois não sou dedicada comigo o quanto sou com os meus pacientes. O exame papanicolau eu até faço direito, mas o auto exame eu nunca havia parado para pensar que eu nunca realizei em mim mesma. Eu tô vendo agora, eu ensino para as pacientes, digo que é para fazer assim... Mas nunca fiz em mim mesma (Enf. 8)”.

A partir dessas falas citadas acima percebemos que a maioria cuida mais do outro, nesse caso, dos pacientes do que delas mesmo. O fato de conhecer a necessidade e importância do auto cuidado muitas vezes não faz diferença. Algumas relatam que consideram estar bem em relação a sua saúde. Observamos através dessas falas que a preocupação com a saúde parte de uma motivação pessoal, seja do sonho de ser mãe, do medo de adoecer ou de contrair uma DST, de desenvolver um câncer, etc. Uma das enfermeiras relata estar cuidando da saúde ultimamente porque está com o desejo de ser mãe, isso mostra que o desejo de poder ter um filho gera uma certa preocupação de estar bem consigo mesma, com sua saúde em dia, ela sabe que para ter uma gestação sem intercorrências precisa se cuidar, existe a necessidade de realizar exames e cuidar de si ao invés de cuidar só de seus pacientes.

Em uma das falas vimos que a profissional tem cuidado mais dos seus pacientes do que de si mesma. Entendemos que para realizar o cuidado dos outro é importante cuidar de si mesma primeiro, porque cuidando de si facilitará o cuidado do próximo. O profissional de saúde precisa se preocupar mais com sua saúde, seu bem estar e

lembrar que sem saúde não tem como realizar ações voltadas ao cuidado da saúde do outro.

A enfermagem tem um importante papel na saúde, pois, para cuidar do outro, é preciso que seja realizado seu próprio cuidado. Sendo assim, o auto cuidado é importante para que o cuidador consiga estar em harmonia com a paz interior, com a natureza e com o processo de cuidar de si e dos outros, já que, dessa forma, conseguirão promover melhor qualidade de vida e de existência e melhorar os cuidados que são prestados por ele a outros (SILVA, 2009).

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluimos que as enfermeiras detêm de conhecimento teórico e prático sobre o auto cuidado e a prevenção desses cânceres, porém muitas vezes negligenciam esse o autocuidado. Cuidam de seus pacientes, orientam sobre a necessidade e importância do auto cuidado, mas acabam cuidando demais dos outros ao ponto de esquecer que também precisa ser cuidada.

Tivemos abordagens diversas ao longo do trabalho quanto ao execução do auto cuidado das enfermeiras, relataram a existência das diversas facilidades que encontram para poder realizar os exames, entretanto existem dificuldades que sempre fazem com que algumas dessas mulheres deixem de se cuidar, por vezes elas tem outras tarefas para executar e acabam deixando sempre para depois. Também existiram situações em que por questão de motivação pessoal, de um desejo da mulher ser mãe ela foi instigada a se cuidar por ter em sua consciência que quem quer ter um filho precisa cuidar de sua saúde antes da gravidez. Conseguimos atingir nossos objetivos a partir das entrevistas, pois as enfermeiras corresponderam nossas expectativas.

Nosso trabalho mostrou que existe a necessidade das enfermeiras repensarem como está sua saúde, refletirem sobre suas atitudes e o que devem fazer para poder se cuidar além de cuidar do próximo, porque o auto cuidado não pode deixar de ser realizado, principalmente por conhecer a importância do mesmo para a prevenção na saúde da mulher, também pra que essas profissionais busque de forma efetiva modificar esses hábitos de vida diários que passam despercebidos no cotidiano.

Por fim, concluimos que a pesquisa foi satisfatória respondendo aos nossos questionamentos e entendemos que mais trabalhos como este deveriam ser realizadas constantemente para que se possa ampliar a visão do profissional da saúde em relação ao autocuidado, estimular discussões acerca do tema e ajuda-los a refletir sobre sua saúde.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Cadernos de Atenção básica: N 13. Série A. Normas e manuais técnicos. 2ª Edição. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013.
- FERIGATO, SS; CARVALHO, SR. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: Conexões**. Interface-comunic.,saúde, Educ. v.15. n.38, p 663-75. 2011.
- FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi e colaboradores. **Rotinas em Ginecologia**. 6ª Edição. Editora artmed. Porto Alegre, 2011.
- GONÇALVES, LLC; SANTOS, SB; MARINHO, EC; ALMEIDA, AM; SANTOS, AHS; BARROS, AMS FAKHOURI, R. Câncer de mama feminino: Aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço de oncologia de Sergipe. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 12 (1): 47-54 jan/mar, 2012.
- LUZ, KR; VARGAS, MAO; BARLEM, ELD; SHMITT, PH; RAMOS, RSF; MEIRELLES, BHS. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev Bras Enferm** [Internet]. jan-fev.2016
- OLIVEIRA, MZPB; BARBAS, SA. Autonomia do idoso e distanásia. *Revista Bioética*. vol.21 núm.2. Brasília, 2013.
- SILVA, IJ; OLIVEIRA, MFV; SILVA, SED; POLARO, SHI; RADÜNZ, V; SANTOS, EKA; SANTANA, ME. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. Vol.43 no.3. São Paulo, 2009.
- SILVA, IT; GRIEP, RH; ROTENBERG; L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 17, núm. 4. Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil. Agosto, 2009.
- SILVA, IT. **Apoio Social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. **Escola de Enfermagem Anna Nery**. Dissertação de Mestrado - Rio de Janeiro:UFRJ-EEAN, 2009.
- SOUZA, ASR. **Prevenção e controle do câncer de colo do útero**. Protocolos de atenção à saúde da mulher. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte/ MG, 2008

## O CLIMATÉRIO NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA DO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Camila Ribeiro Amorim**

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade  
de Medicina  
Uberlândia - MG

**Eliana Faria de Angelice Biffi.**

Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade  
de Medicina  
Uberlândia – MG

**RESUMO:** O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica brasileira tendo como consequência o aumento progressivo das mulheres que vivenciam o climatério fato este que justifica a importância da pesquisa relacionada a esta temática. Este estudo se propôs a compreender o significado do climatério na perspectiva das mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, assistidas no ambulatório de climatério do setor de ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Para tanto, foi utilizada a pesquisa qualitativa com enfoque na Fenomenologia, por meio de entrevista não estruturada, realizada com 15 mulheres atendidas no ambulatório. Desta forma este estudo se norteou com a interrogação: O que significa o climatério para você? A análise das entrevistas revelou que a maioria das mulheres desconhece o climatério, porém souberam discursar quando o mesmo

foi associado à menopausa. Na perspectiva das mulheres participantes deste trabalho o climatério significa: aparecimento de sinais e sintomas, Que não houve problemas; O mesmo que menopausa; Parar de menstruar e fase de mudança na vida que necessita atenção e cuidado. Nesta pesquisa fica claro que os sintomas que se destacaram foram as ondas de calor e a irritabilidade. Portanto é importante o conhecimento da mulher quanto ao climatério para a promoção do autocuidado e a prevenção de agravos por meio de uma assistência adequada.

**P A L A V R A S - C H A V E :**  
Climatério.Menopausa.Qualitativo.

**THE CLIMATARY IN THE USER'S  
PERSPECTIVE OF THE GYNECOLOGY  
AMBULATORY OF A UNIVERSITY HOSPITAL.**

**ABSTRACT:** The population ageing is a Brazilian demographic reality, having therefore the progressive increase of women that experience the climacteric, fact that justifies the importance of the research related to that subject. The purpose of this paper is to understand the significance of the climacteric from the perspective of women in the 45-60 age group, assisted in the climacteric ambulatory of the gynecology and obstetrics sector from the Clinic Hospital of the Federal University of Uberlândia (HC-UFU). In order to do it, the

qualitative research focused on Phenomenology, by means of unstructured interviews, performed with women attended at the ambulatory. Thus, this paper was guided by the question: What climacteric means to you? The analysis of the interviews revealed that most women does not know the climacteric, however they were able to talk about it when associated with menopause. From the perspective of the participants of this study, the climacteric means: the appearance of signals and symptoms that did not cause any problem; the same as menopause; stop menstruating and phase of change in life that needs attention and care. In this research, it was possible to perceive that the symptoms that stood out were the heat waves and the irritability. Therefore, it is important for women to know about the climacteric in order to promote the self-care and the harm prevention through appropriate assistance.

**KEYWORDS:** Climacteric.Menopause.Qualitative

## INTRODUÇÃO

O climatério é caracterizado como a passagem da fase reprodutiva para a não reprodutiva, ajustando a mulher a meios hormonal e emocional diferentes. (OLIVEIRA 2008). Segundo o Ministério da Saúde (MS) Brasil (2008) trata-se de uma fase de transição no processo de envelhecimento que frequentemente necessita de algumas adaptações. Logo é de relevância o profissional de saúde prestar uma assistência no sentido da necessidade de conceber a mulher não apenas como portadora de um corpo, mas como um ser completo que está vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto biopsicossocial. (SIQUEIRA, 2009), portanto, na sua integralidade considerando medidas de promoção e prevenção em saúde, como terapêuticas e de reabilitação, individualizada com vistas a uma melhor qualidade de vida, (LORENZI; CATAN; MOREIRA; ÁRTICO,2009).

Valadares et al. (2008 p. 300) afirma que estudos mostram que: “Há poucas informações sobre o significado do climatério e a visão da experiência de mulheres brasileiras sobre tais assuntos.” Nessa fase, há mais necessidades de informações e orientações, mas as mulheres recebem pouca atenção do sistema de saúde. (SILVA; et al. 2003 apud DAOUD). Fato esse consequente do vago conhecimento por parte das mulheres sobre o climatério, estando mais claramente expressa a noção de que neste período da vida não está distante a parada da menstruação. (BERNI; LUZ; KOHLRAUSH, 2007).

Tomando por norte estas questões, a pesquisa se propôs a buscar o significado atribuído ao climatério na perspectiva da mulher que o vivencia e assim intervir em ações e qualificar um atendimento de Enfermagem para ajudá-las a se adaptarem a essa nova fase de suas vidas considerando um cuidado integral.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Visando ampliar os subsídios teóricos, para a análise das entrevistas desta

pesquisa primeiramente foi realizada uma revisão integrativa da literatura de trabalhos científicos publicados no período de 2002 a 2012. A escolha deste período se deve ao fato que estudos relevantes sobre o climatério surgiram após à pesquisa realizada nos EUA (2002), mostrando os efeitos do uso indiscriminado da terapia hormonal nesta fase. (FEBRASGO 2003). Para o desenvolvimento desta etapa da pesquisa utilizou-se o método de revisão integrativa que permite um acesso à síntese de informações no âmbito científico possibilitando assim agregar os resultados do estudo. (MENDES; GALVÃO 2008). Assim foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio da página virtual da biblioteca regional de medicina (BIREME) nas bases de dados: Scientific Eletronic Library (SciELO) e Public Medline (PubMed), com a finalidade de identificar artigos que possibilitasse a análise das intenções dos autores. As palavras chaves utilizadas foram: climatério, menopausa, enfermagem. Os artigos foram agrupados em uma tabela (Apêndice I) incluindo o título do artigo, autores, o que foi estudado, resultados recomendações/conclusão.

Do total de 10 artigos trabalhados foram definidas três categorias descritas no quadro abaixo:

<b>Ser mulher no climatério</b>	<b>Manifestações clínicas do climatério</b>	<b>Assistência em educação em saúde</b>
A maior parte das mulheres entram nesse ciclo biológico com conhecimento a respeito do significado de climatério.	As mulheres não compreendem as mudanças biológicas e psicossociais a que serão sujeitas e não sabem o que fazer para viver nessa fase com bem-estar.	Muitos profissionais sentem a necessidade de se capacitarem para promoverem ações qualificadas para o bem estar da mulher no climatério.

Tabela 1- categorias encontradas a partir da análise da revisão integrativa.

Fonte: (Amorim, 2014)

Na análise dos artigos ficou claro que as mulheres entram nesse ciclo biológico com conhecimento a respeito do significado de climatério, mas não compreendem as mudanças biológicas e psicossociais a que serão sujeitas e não sabendo como lidar com as possíveis transformações desta fase. Muitos profissionais sentem a necessidade de se capacitarem para promoverem ações qualificadas para o bem-estar da mulher no climatério

Na perspectiva dos autores analisados ficou evidente a importância da assistência integral à mulher no climatério, no que consiste inclusive por parte dos profissionais na educação em saúde, já que estes estudos mostram que com a informação e com práticas saudáveis as mulheres se adaptam melhor neste momento de sua vida.

Para a análise das entrevistas desta pesquisa utilizamos também publicações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia -FEBRASGO (2003, 2010) Ministério da Saúde (1996), teses e dissertações de mestrado.

## **METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado a pesquisa qualitativa com enfoque na fenomenologia. Nesta perspectiva, o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar, no sentido de compreendê-la e não a explicar, sendo que a investigação surge com um interrogar. A pesquisa fenomenológica lida com a interrogação ou pergunta dirigida para a consciência, e não com os fatos, mas com aquilo que se mostram à consciência quando interrogada (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990). Trata-se de uma entrevista aberta, pautada em uma pergunta norteadora (AMATUZZI, 1993 apud MOREIRA, 2004). Esta pergunta visa buscar a compreensão do significado da experiência vivida a ser pesquisada e tem como objetivo a descrição, no sentido de alcançar vários significados incluindo os culturais, biológicos, psicológicos, e ideológicos (MOREIRA, 2004).

Seguindo esta perspectiva, o presente trabalho será norteado pela interrogação de como as mulheres vivenciam o climatério e seus significados. Assim, utilizando o enfoque da pesquisa qualitativa fenomenológica, podemos trilhar um caminho mais perto do sentir, do pensar de quem vivencia, de modo exclusivo, a fase do climatério.

A pesquisa foi realizada, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG, onde a pesquisadora coletou as informações necessárias para a inclusão dos sujeitos que foram convidados a participar do estudo.

A população alvo da pesquisa foi às mulheres situadas na faixa etária dos 45 aos 60 anos, atendidas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia todas as terças no mês de maio de 2014.

Foram incluídas mulheres no climatério, na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, assistidas no ambulatório do setor de ginecologia e obstetrícia do HCU/UFU no mês de maio de 2014. Foram excluídas mulheres não situadas na faixa etária de 45 a 60 anos de idade e mulheres que não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas audiogravadas composta por uma pergunta norteadora, sendo utilizada a entrevista não estruturada, elaborada com o referencial teórico de Beiani (1981) permitindo assim obtenção dos objetivos proposto por este estudo.

O levantamento dos dados foi iniciado após a aprovação da pesquisa pelo CEP/UFU. Ao aceitar o convite, as participantes receberam o termo de consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado o sigilo e o anonimato de todas as participantes do estudo de acordo com 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil 2012)

Foram aceitas todas as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFU) e as entrevistas ocorreram após a aprovação de acordo com o parecer consubstanciado.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: O REVELAR DAS FALAS

Para possibilitar uma visão global de algumas características das mulheres participantes deste estudo, foi organizado um quadro com os nomes fictícios, idade, estado civil, número de filhos e escolaridade.

Nome Fictício	Idade	Estado Civil	Filhos	Escolaridade
Magnólia	52	Casada	Sim	Fundamental Incompleto
Hortência	54	Casada	Sim	Ensino Médio Completo
Bromélia	53	Solteira	Sim	Fundamental Incompleto
Orquídea	49	Solteira	Sim	Ensino Médio Completo
Lis	47	Casada	Sim	Superior incompleto
Margarida	50	Casada	Sim	Ensino Médio Completo
Maricá	49	Casada	Sim	Não alfabetizada
Rosa	59	Solteira	Sim	Fundamental Incompleto
Azaléia	60	Casada	Sim	Fundamental Incompleto
Jasmim	52	Casada	Sim	Ensino Médio Completo
Dália	59	Viúva	Sim	Fundamental Incompleto
Tulipa	59	outros	Sim	Não alfabetizada
Zínia	49	outros	Sim	Ensino Médio Completo
Espatodea	49	amasiada	Sim	Fundamental completo
Violeta	52	Casada	Sim	Ensino Médio Completo

Quadro 1: Distribuição dos sujeitos segundo a idade, estado civil, filhos e escolaridade

Fonte: Amorim(2014)

As participantes deste estudo estão predominantemente situadas na faixa etária acima de 50 anos, casadas, com filhos e com nível de escolaridade do ensino fundamental incompleto. O quadro acima mostra que a maioria das entrevistadas da pesquisa apresenta relação estável. Embora o tipo de pesquisa utilizada não permita ampliar a discussão sobre a situação conjugal dos sujeitos deste estudo é importante

citar trabalhos mostrando que a mulher que recebe apoio do companheiro, consegue lidar melhor com os possíveis problemas emergidos no climatério, em especial aos relacionados ao exercício da sexualidade (FEBRASGO, 2010). Por meio da análise dos depoimentos, surgiram categorias relacionadas à perspectiva da mulher na vivência do climatério.

## O REVELAR DAS FALAS

Cada entrevista se desenvolveu com uma questão norteadora. Não houve limite de tempo, assim a entrevistada pode falar livremente. O número de descrições neste trabalho obedeceu ao critério da repetição, que no método fenomenológico denomina-se convergência, podendo as mulheres entrevistadas, descrever qual o significado do climatério para elas.

É importante enfatizar que logo no início das entrevistas ficou claro a falta de informação quanto à palavra climatério fato que se confirmou ao final das entrevistas, pois 10 participantes da pesquisa alegaram nunca ter ouvido falar sobre o climatério sendo preciso utilizar o termo menopausa mais conhecido popularmente (BIFFI, 2003). Estes resultados coincidem com os estudos realizados por Berni, Luz e Kohlraush (2007) que constataram desconhecimento do assunto em função do termo, expressando confusão quanto ao uso do mesmo, o que leva a crer que há deficiência de informações principalmente com a terminologia científica por parte dos serviços de saúde que oferecem assistência à mulher que vivencia esta fase. (SILVA; et al.2003)

Após a leitura e releitura de cada descrição, salientamos o que era significativo para o nosso olhar de pesquisadora e sintetizamos em categorias, apresentadas no quadro abaixo. Desta forma nas falas das mulheres entrevistadas, o climatério significa:

<b>Ordem</b>	<b>Categoria</b>	<b>Entrevistas</b>
1	Presença de sinais e sintomas	Hortênci, Lis, Azaleia, Tulipa, Zinia, Espatódea, Violeta.
2	Que não houve problemas	Orquídea, Rosa, Jasmim, Dália.
3	mesmo que menopausa	Bromélia, Margarida, Maricá.
4	Parar de menstruar	Bromélia, Margarida, Espatodea.
5	Fase de mudança na vida que necessita atenção e cuidado	Violeta, Maricá.

Quadro 2-Distribuição das categorias quanto ao significado do climatério em ordem de maior frequência:

Fonte: Amorim(2014)

A seguir foi realizada a análise de cada categoria utilizando-se para tanto o referencial teórico citado na presente pesquisa:

## Presença de sinais e sintomas

Embora seja uma fase biológica da vida, há mulheres que apresentam manifestações variadas em diversidade e intensidade. (LEITE; et al. 2013 p.345). O climatério facilita sintomas clínicos, como os, caracterizados por alterações hormonais, modificações funcionais (disfunções menstruais, sintomas vasomotores); modificações morfológicas (atrofia mamária e urogenital, alterações da pele e mucosas) e outras alterações em sistemas hormônio dependentes, como o cardiovascular e os ossos (FEBRASGO, 2010).

Nota-se nos discursos das mulheres entrevistadas no presente trabalho como este evento interfere no seu bem-estar, na sua autoestima assim como também no meio em que se insere.

Abaixo são citadas as falas que representam esta categoria:

Muito calor e mal estar, quando vem as ondas de calor vêm o mal estar terrível (Hortência)

Estou tendo muita alteração na menstruação na TPM, muita cólica, dizem que eu estou entrando nela (Lis)

Não sei te explicar, desconforto né Azaléia

O relato acima vem ao encontro com as pesquisas, na qual mostra que a mulher tem uma visão negativa desta fase da vida associada aos efeitos desagradáveis da síndrome do climatério cujas alterações fisiológicas são sentidas pelas mulheres, diminuindo sua sensação de bem-estar. (VALENÇA; GERMANO, 2010)

sentia assim muito mal né, muito calor, tontura, falta de sono, as vezes falta de apetite, muito nervosismo, foi uma fase difícil. Tulipa

Estudos realizados por Santos (2012) mostram que há muitas queixas de insônia pela maioria das mulheres que entram no climatério. Destaca-se no estudo que condições sócio demográficas e psicológicas e não menos importante os sintomas vasomotores (sudorese, atividade física, cigarro) influenciam na insônia.

Segundo Pedro et.al (2003, p.741) A insônia é frequentemente atribuída às ondas de calor, conseqüentemente gerando irritabilidade, mas também pode estar associada aos sintomas psicológicos, o que refletiria a sua associação com depressão

Pode-se notar na coleta de dados que seis mulheres queixam das ondas de calor ou os chamados fogachos; Segundo Felippeto et.al (2009), uma parcela considerável da população feminina, mais de 50%, sente os efeitos do hipoestrogenismo, sendo os fogachos o sintoma mais comumente relatado na fase do climatério. Felippeto ainda complementa que:

O fogacho é uma sensação de calor espontâneo frequentemente associado à transpiração, palpitação e ansiedade, resultante de uma resposta vasomotora à

diminuição dos níveis estrogênicos.

### **O mesmo que menopausa**

Menopausa se origina do vocabulário grego da união de duas palavras: “mês” e “interrupção” (JURUENA e MARTINS, 2003 apud OLIVEIRA; 2008), O termo menopausa foi criado em 1816 pelo médico francês Gardanne e rapidamente tornou-se comum no meio médico (LOCK, 1998; GREER, 1994 apud; GONÇALVES 2005) sendo um processo específico e natural da mulher.

É comum o termo climatério ser usado como sinônimo de *menopausa*, porém esta última é um fenômeno que se define retroativamente, pois representa a cessação permanente das menstruações, por um período de doze meses de amenorreia, sendo o resultado da perda da função folicular dos ovários. É utilizado para definir o período da vida reprodutiva da mulher. (GONÇALVES; MERIGHI, 2005 p.692)

Na perspectiva das participantes da presente pesquisa observou-se que o termo climatério foi usado como sinônimo de menopausa:

É quando agente para de menstruar não é ? menopausa. Bromélia  
Climatério é a menopausa, entrando na menopausa. Margarida.  
Já passei a fase da menopausa. Maricá

Os relatos estão em consonância com os estudos de Biffi, (1991, 2003) que mostra a distância que existe entre o discurso científico e o senso comum, pois há muito as pesquisas evidenciam que a menopausa denota a parada das menstruações, comprovada por meio de uma amenorreia espontânea durante doze meses consecutivos (BIFFI, 1991, 2003; FEBRASGO 2010).

### **Parar de Menstruar**

O término da menstruação foi citado por cinco mulheres as quais associaram o climatério como sendo o término da menstruação. As falas abaixo mostram esta associação:

É quando a gente para de menstruar não é ? menopausa. Bromélia

Climaterio é a menopausa, entrando na menopausa, não tem mais menstruação, eu acredito que seja isso, ou estar próximo de parar de menstruar mais ou menos isso. Margarida

Parar de menstruar , ah pra mim não teve assim tanto significado não porque eu tirei o útero, só tive calor , mas pouco , eu tive um pouquinho mas tive. Espatódea.

Os estudos indicam que a alteração menstrual está presente em 90% das mulheres que vivenciam o climatério. Os ciclos menstruais se tornam menores, devido à fase folicular mais curta, seguida de ciclos mais longos, por conta da maturação folicular retardado, até que se instale a amenorreia definitiva (ALMEIDA, 2003 apud

MERIGHI; 2008).

O termo menopausa teve seu significado ampliado, sendo usado para indicar a última menstruação, assim como também todo o período de transição do climatério. As mulheres revelam vago conhecimento sobre o climatério, deixando claro que este período da vida não está distante a parada da menstruação. (BERNI,LUZ e KOHLRAUSH 2007).

### **Que não houve problemas**

Embora o climatério tenha sido descrito na literatura médica (FEBRASGO, 2010; Lorenzi 2005) como síndrome, há estudos que reforçam o conceito de climatério enquanto uma fase natural do ciclo de vida feminino (Biffi,2003).Na presente pesquisa fica claro que há mulheres que não apresentam sintomas, no entanto, mostraram a expectativa de problemas, isto é, ela espera o aparecimento dos sinais e sintomas, atribuindo ao climatério à presença de quaisquer sintomas, estando estes relacionados ou não a esta fase. Isto se mostra nas falas a seguir.

Ah eu não sinto nada! Não tive ainda, não sinto nada, nada, nada Jasmim  
O Climatério eu não tive, não tive esse climatério. Orquídea

Houve participante que apesar de não relatar problemas relacionados ao climatério, fizeram referência ao envelhecimento nesta fase como evidenciado na fala abaixo:

"eu não tive muito problema ai não, ah assim fiquei mais velha" Rosa

"O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica brasileira. Como consequência, espera-se, nos próximos anos, um aumento progressivo na procura dos serviços de saúde, inclusive por mulheres com queixas relacionadas ao climatério" (PITOMBEIRA et. al, 2011,p.518).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) Um dos fatores apontados como fonte de angústia para mulheres e homens nessa fase da vida é o envelhecimento sexual. Os conflitos são mais frequentes no ocidente do que em outras culturas como a oriental, principalmente devido à desvalorização dos indivíduos mais maduros, incluindo as mulheres após a menopausa.

### **Fase de mudança na vida que necessita atenção e cuidado**

Na perspectiva das entrevistadas o climatério não é uma patologia e sim um momento da vida que necessita de uma importante atenção no que diz respeito aos exames periódicos e às mudanças de seu corpo, porquanto a necessidade do autocuidado. A seguir a fala que evidencia esta categoria:

Significa muitas coisas pra gente assim, no meu caso (...)mas é muito importante porque é um tipo de coisa que nós todas mulheres passa por ele né, é um período

que é muito importante a pessoa ter mais atenção, é ... olhar bem as coisas que acontece com agente porque tem muitas pessoas que acham que não, que isso aí não é uma doença não, não é uma doença mas é uma fase da nossa vida, assim que eu acho que é muito importante.

Embora o climatério seja uma fase do ciclo de vida do ser feminino há mudanças nas quais chama atenção para a necessidade de dialogar sobre as mudanças biológicas emocionais, sociais e espirituais que ocorrem com as mulheres fazendo uma reflexão crítica a respeito dos mitos, preconceitos, inseguranças que envolvem o climatério assim como também sobre o papel social da mulher e a importância do autocuidado.(LANDERDAHL,1997 apud SILVA;2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do presente trabalho refletimos a cerca da percepção da mulher quanto ao climatério, momento da vida feminina na qual ocorre a transição do período reprodutivo ao não reprodutivo constituindo um processo de importantes transformações, no âmbito físico, emocional e social podendo ter duração variável.

A análise das entrevistas revelou que a maioria das mulheres desconhece o climatério, porém souberam discursar quando o mesmo foi associado à menopausa. Foi possível observar que para as participantes desta pesquisa o climatério significa: presença de sinais e sintomas; que não houve problemas; o mesmo que menopausa; parar de menstruar e fase de mudança na vida que necessita atenção e cuidado. O sintoma relatado com mais frequência na categoria de sinais e sintomas foi a irritabilidade, o que de certa forma afetou a qualidade de vida das mulheres participantes desse estudo.

Ao analisar estas categorias, fica claro que as participantes reproduzem em suas falas o que a literatura científica pública sobre o climatério, em especial quanto aos aspectos relacionados à síndrome climatérica. É como se esta mulher esperasse por graves sinais e sintomas neste momento de sua vida. E assim, culpa o climatério pelos problemas vivenciados nesta fase.

Na análise realizada com o apoio do referencial teórico citado no estudo compreende-se que para uma melhor adaptação da mulher a esta fase é necessário que a mesma tenha orientações quanto às modificações biológicas inerentes ao período do climatério, as vantagens e desvantagens da terapia hormonal, e realização de exames complementares, isso vem ao encontro da categoria: fase de mudança na vida que necessita de atenção e cuidado, na qual se destaca a percepção da mulher quanto a importância de estar atenta a sua saúde.

Fica claro também a importância da participação de grupos organizados pela equipe de saúde nos diferentes espaços de assistência a mulher no climatério, tendo assim uma troca de experiências e interação com mulheres que estão nesta fase. E para tanto é necessária formação específica da equipe interdisciplinar de saúde para

o cuidado integral à saúde da mulher no climatério.

Portanto é imprescindível que a mulher que vive o climatério passe a ser considerada na sua integralidade, de forma que, além de ser ouvida nas suas queixas, tenha acesso, tanto a medidas de promoção e prevenção em saúde, como terapêuticas e de reabilitação, com vistas a uma melhor qualidade de vida, ressaltando que o climatério não é um estado patológico mas sim uma fase de mudanças que requer um cuidado no estilo de vida como um todo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.H.R.B et al. Ser mulher no climatério: Uma análise compreensiva pela enfermagem. **Rev Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.370-375, jul-set, 2007.

BEIANI, T. C. **A escuta do silêncio**: um estudo sobre a linguagem do pensamento de Heidegger, São Paulo: Cortez, 1981.

BERNI, N.I.O; LUZ, M. H; KOHLRAUSCH, S.C; Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p.299-306, mai-jun, 2007

BIFFI,E. F.A. O Fenômeno da menopausa: uma perspectiva de compreensão.Dissertação,(mestrado em enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

BIFFI,E.F.A. **Saúde mental e climatério na perspectiva de mulheres profissionais de saúde**.2003. Tese (doutorado em enfermagem psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília, Distrito Federal, 2008.

GALVÃO L.L. F et. al . Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista Associação Médica Brasileira**,Natal, v. 53, n.5, p.414-20 2007.

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Posição da FEBRASGO e SOBRAC frente ao resultado do estudo wome's Health initiative**. Disponível em: <[www.Febrasgo.org.br/posicao.htm](http://www.Febrasgo.org.br/posicao.htm)> Acesso em 27 jun 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Climatério: manual de orientação. São Paulo: 2010.

FILIPPETTO, B.M. et al. Terapia não-hormonal no manejo das ondas de calor no climatério. **FEMINA**, Curitiba.v.37, n.1, p. 7-12, 2009.

GRAÇA, E. M. Pesquisa quantitativa e a perspectiva fenomenológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 12, p.28-33, 2000.

GONÇALVES, R; MERIGHI, M.A.B; O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. **Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo**, v.58.n. 6, p.692-7 nov-dez 2005.

LORENZI, D.R.S. et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Rev Bras Enferm**. Brasília; v,62 (2)p. 287-93 mar-abril; 2009.

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, Porto Alegre, v.17, n.3, p.447-456, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a16v17n3.pdf>.> Acesso em: 15 março de 2013

OLIVEIRA, D.M; JESUS, M.C.P; MERIGHI, M.A.B; Climatério e Sexualidade: A compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.17, n.003, p.519-526, Jul/Set. 2008.

OLIVEIRA, D.M; JESUS,M.C.P; MERIGHI,M.A.B; O Climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de juiz de fora- Minas Gerais. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora v.11 n.1 p.42-53, jan/mar. 2008.

PEDRO A. O et al; Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP; **Revista em Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.6; p.735-42, 2003.

PITOMBEIRA R. et al. Sintomatologia e modificações no cotidiano das mulheres no período do climatério. **Revista Cogitare Enfermagem**, Fortaleza, v.16 n.3 p.517-23 Jul /Set; 2011

SILVA, A.S.R; Assistência realizada por enfermeiros do PSF a mulher no climatério. **Caderno de Cultura e Ciência**,Cariri, Ceará v. 1- n:1, 2009.

SILVA,R.M; ARUJO,C.B; SILVA,A.B. Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Ceará, Fortaleza, v.16, n.1/2, p.28-33,2003.

SIQUEIRA,H,C,H; PEREIRA, Q.L.C. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher no climatério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13 n.2, p.366-371.2009

VALADARES,A.L et.al, Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, Campinas, v.54, n.4, p.299-304, jul, 2008.

VALENÇA, C.N; GERMANO R.M; Concepções de mulheres sobre a menopausa e o climatério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza. v. 11, n. 1, p. 161-171 jan-mar, 2010.

ZAMPIERI et.al, O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, Abr/Jun. 2009.

## O PAPEL DAS DOULAS E A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

### **Tatiana Carneiro de Resende**

Enfermeira. Doutoranda da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Docente Universidade Federal e Uberlândia, E-mail: tatibrazao@hotmail.com;

### **Mariana Rodrigues Cardoso**

Enfermeira. Hospital Santa Genoveva.

### **Emerson Piantino Dias**

Enfermeiro. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC Minas, Docente da Universidade Federal de Uberlândia;

### **João Paulo Assunção Borges**

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde.;

### **Mayla Silva Borges**

Enfermeira; Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia;

### **Richarlisson Borges de Moraes**

Enfermeiro. Doutorando UNIFESP, Docente Universidade Federal de Uberlândia;

### **Tatiany Calegari**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Uberlândia;

### **Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Karla Oliveira Marcacine**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Maria Cristina Gabrielloni**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Zelina Hilária de Sousa Rosa**

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP;

### **Jessica de Oliveira Gomes Silva**

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**RESUMO: Introdução:** No cenário de gestação e parto há a inserção da doula, uma profissional responsável por assegurar o parto humanizado.

**Objetivos:** Apresentar e descrever sobre o papel das doulas, as técnicas utilizadas pelas mesmas e a importância do acompanhamento à gestante no trabalho de parto. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura conduzida por meio de seis etapas. Realizou-se uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa, publicados entre 2003-2013, utilizando os descritores: doulas, trabalho de parto e parto humanizado. A amostra foi composta por seis artigos.

**Resultados e Discussão:** As funções da doula são classificadas em cinco categorias: suporte emocional, medidas de conforto físico, suporte de informações, suporte às suas decisões e, por último, suporte a seu parceiro. As doulas permitem o posicionamento confortável da parturiente, realiza massagens de conforto, técnicas de alívio da dor, ensina a movimentar

o corpo com aparatos, dentre outros. É importante o acompanhamento da gestante no trabalho de parto pois oferece suporte psíquico e emocional. **Conclusões:** Esta Revisão Integrativa permitiu sintetizar a produção científica nacional acerca da importância da assistência humanizada durante o trabalho de parto, cenário este que se insere a doula, capaz de promover o estabelecimento de um elo cada vez mais forte entre a gestação e o parto saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** doulas; trabalho de parto; parto humanizado.

## 1 | INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo de pesquisas, discussões e de grande preocupação nas últimas décadas. Sendo a gestação um período intenso e frágil na vida da mulher, este momento requer uma abordagem singular e individualizada pelos profissionais das equipes multiprofissionais e pelas políticas públicas de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Na maioria das vezes, a gestante é internada precocemente, encontra-se sozinha durante o Trabalho de Parto (TP), perde sua autonomia perante o próprio corpo e às decisões de querer ou não determinadas condutas, sendo ainda pouco informada sobre os procedimentos realizados (SANTOS; NUNES, 2009).

Na literatura científica, vários estudos abordam a importância do suporte que as gestantes recebem antes, durante e após o parto, seja por profissional de saúde, familiar ou algum amigo, mais precisamente no momento em que se encontra em TP. Este suporte consiste em proporcionar medidas de conforto físico à esta gestante (como por meio de massagens), suporte emocional (com ações de encorajamento), suporte de informações (ofertando orientações, conselhos e instruções) e suporte “defensivo”, no qual protege os desejos da gestante e da família perante a situação do TP (HODNETT, 1989 apud LEÃO, 2001).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu pela portaria/GM nº 589, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que objetiva assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao Recém-Nascido (RN), na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN se baseia na ideia de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição fundamental para adequado acompanhamento do parto e puerpério. (BRASIL, 2002). Os profissionais de saúde devem acolher, de forma humanizada, a mãe e o RN, e a assistência prestada deve conter características essenciais, como a qualidade e a humanização (BRASIL, 2005).

A humanização se fundamenta em dois aspectos principais. O primeiro preconiza que as unidades de atendimento à saúde recebam a mulher com dignidade e respeito, bem como seus familiares e o RN. Para promover esta ação é necessário que os profissionais de saúde e a instituição favoreçam a criação de um ambiente acolhedor, com rotinas e condutas que valorizem a participação materna em todas as decisões.

O segundo aspecto se refere à importância de adotar medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, sem realizar intervenções desnecessárias que possam ser prejudiciais para a mulher e o RN (BRASIL, 2002).

Na assistência humanizada ao parto e nascimento, a atuação do profissional deve respeitar os aspectos de sua fisiologia, minimizar intervenções desnecessárias, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecer o suporte emocional necessário à mulher e sua família, valorizar os laços afetivos familiares e facilitar o estabelecimento de vínculo mãe-RN. A mulher deve ter autonomia durante o período do parto, com direito à presença de um acompanhante de sua escolha, de ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Frente à existência de políticas públicas e ações que visam à humanização do parto, tais como a promoção e estímulo do parto normal, garantia da presença de acompanhante na sala de parto, estrutura física que assegure a continuidade do cuidado da parturiente e do RN, novas estratégias de suporte durante a gestação e TP tornam-se cada vez mais frequentes no cenário das salas de parto. Neste contexto, surge a figura da doula, uma profissional que confere especial atenção à gestante. (SANTOS; NUNES, 2009 apud SILVA, 2012).

A palavra “doula” vem do grego e significa “mulher que serve” e refere-se à profissional que oferece suporte emocional e físico às parturientes, antes, durante e após o parto (FADYNHA, 2003 apud SOUZA, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a doula como a prestadora de serviços com treinamento em relação ao parto e sua assistência. A doula oferece apoio emocional, físico, proporciona o conforto materno, realiza manobras visando acalmar e reduzir a ansiedade da mulher em TP. A doula ainda esclarece possíveis dúvidas da parturiente sobre o processo do parto e nascimento, sendo considerada uma profissional extremamente presente e acolhedora neste momento (OMS, 1996 apud SOUZA, 2010). No Brasil, existem cursos de formação de doulas, cuja maioria possui cadastro e emite certificados.

As doulas formadas por estes cursos são consideradas aptas para exercer o acompanhamento voluntário no serviço de atendimento à gestante, ao RN e à família, ou podem ser contratadas com remuneração por mulheres e famílias que desejam receber este suporte e serviço de assistência (SILVA et al., 2012). Apesar de não haver um número oficial, no Brasil existem hoje em média de três mil doulas atuantes. Em Janeiro de 2013, o Ministério do Trabalho (MT) lançou uma versão nova da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), onde foi inserida a ocupação da doula.

As doulas não executam procedimentos médicos e de enfermagem, por isso não oferecem risco à população (DUARTE, 2013). A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos proporcionam um controle maior de riscos da gestante e do RN. Em contrapartida, houve também a inclusão de várias intervenções desnecessárias, precipitadas ou até mesmo de rotina, que suprimem a naturalidade da evolução do

corpo da mulher no momento do parto.

Estas intervenções provocam medo e tensão na gestante, ocasionando enrijecimento da musculatura e exacerbação da dor, o que torna o desconforto do TP maior e mais intenso (SILVA; DADAM, 2008). A maioria das mulheres é capaz de “dar à luz” com pouco ou nenhum método de alívio da dor, pois o corpo produz endorfinas e ocitocina para aliviar a dor, que é suportável, porém intensa. Acredita-se que a dor passa imediatamente após o nascimento do RN, dando lugar a sensações de êxtase e realização. Durante o TP, além do desconforto causado pela passagem do RN pela pelve, outros tipos de dor surgirão. Não se pode deixar de lado a dor emocional envolvida. Durante o parto, a mulher experimenta sensações ainda não vivenciadas previamente. Assim, emoções como medo, ansiedade e tensão podem gerar uma percepção exacerbada da dor (ALCÂNTARA, 2012).

Considerando o momento do parto um período crítico e delicado na vida da mulher, que requer atenção e cuidado ininterrupto, e frente à ascensão das doulas enquanto profissionais cada vez mais atuantes no contexto da atenção ao parto e nascimento, objetivou-se apresentar e descrever as evidências disponíveis na literatura nacional sobre o papel das doulas no TP, as técnicas realizadas pelas doulas durante a gestação, TP e pós parto e a importância do acompanhamento à gestante no TP, à partir das seguintes questões norteadoras: “Quais as evidências científicas nacionais disponíveis acerca do papel da doula no TP, com vistas à promoção da humanização no parto?”.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de Revisão Integrativa (RI) da literatura conduzida por meio de seis etapas, conforme apresentado por Galvão, Mendes e Silveira (2010), sendo elas: a seleção do tema; a pesquisa nas bases de dados científicas; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados da revisão. O processo de RI é uma metodologia abrangente e vantajosa por permitir a inclusão simultânea de diversos estudos, propiciando uma compreensão ampla do tema estudado, promovendo o acesso a informações atualizadas que permitirão reflexão sobre o tema, além de indicar lacunas do conhecimento que necessitam de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

### **Etapas da revisão integrativa da literatura**

Seleção do tema e questões norteadoras da revisão integrativa Observando a relevância e a dimensão que o parto humanizado apresenta na atualidade, por meio das políticas públicas em defesa deste tipo de humanização pelos profissionais e instituições da saúde, objetivou-se conhecer as evidências científicas disponíveis sobre a atuação das doulas, bem como as técnicas utilizadas por essa profissional durante o TP e a importância deste acompanhamento no processo da parturição.

Diante disto, a questão norteadora foi “Quais as evidências científicas nacionais disponíveis acerca do papel da doula no TP, com vistas à promoção da humanização no parto?”.

Pesquisa nas bases de dados: critérios de inclusão e exclusão dos estudos Para conduzir a busca criteriosa dos artigos nas bases de dados foram selecionados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: Doulas, Trabalho de Parto e Parto Humanizado. Posteriormente foi realizada a busca avançada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

O período de coleta de dados estendeu-se de abril a junho de 2014. Procedeu-se ao cruzamento destes descritores da seguinte forma: Cruzamento 1 – Doulas x Trabalho de Parto e Cruzamento 2 – Doulas e Parto Humanizado.

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o idioma, ano de publicação, base de dados e disponibilidade dos artigos, como segue:

- Nacionalidade/ Idioma: nacionais, na língua portuguesa; - Ano de publicação: entre janeiro de 2003 a dezembro de 2013; - Base de dados: LILACS e BDENF. - Disponibilidade: artigos na íntegra online e gratuitos. Obteve-se um total de 70 artigos a partir da busca inicial.

Como critérios de exclusão, optou-se por não incluir artigos indisponíveis on line na íntegra, trabalhos repetidos e com temática divergente da estudada, sendo excluídos 64 artigos. A amostra foi composta por 06 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (FIGURA1).

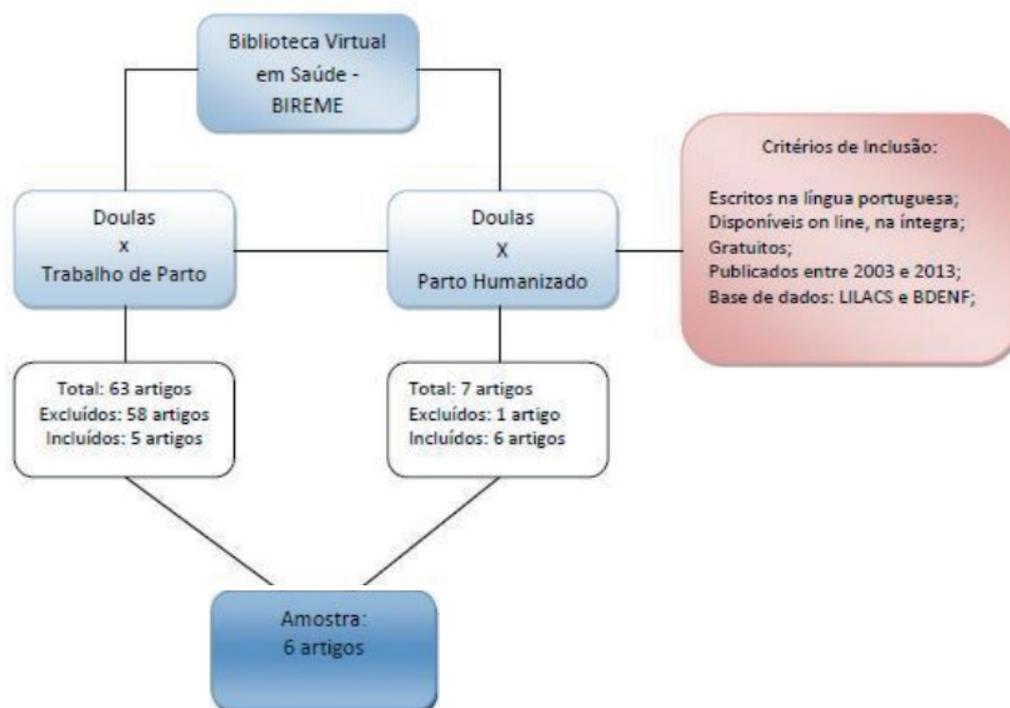


FIGURA 1: Esquematização do processo de busca dos artigos da revisão integrativa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e composição da amostra.

Fonte: os autores

## **Análise dos artigos, Categorização e Interpretação dos resultados**

Foram coletadas as informações dos artigos incluídos na RI por meio de um instrumento não-validado denominado Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica (Anexo A), elaborado por Moura-Ferreira (2008), composto pelos seguintes itens: dados referentes ao artigo ou periódico; dados referentes aos pesquisadores; dados referentes ao estudo/pesquisa; resultados; conclusões e considerações finais.

A seguir, procedeu-se a leitura exaustiva dos artigos completos que foram selecionados e distribuição em categorias por eixos temáticos identificados durante a leitura. Os resultados foram organizados em tabelas para melhor visualização, em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação.

A busca permitiu obter diversas produções científicas a partir dos cruzamentos dos descritores controlados utilizados. Na análise dos artigos categorizados, foi realizada uma avaliação crítica em busca de informações sobre o tema e explicações para os resultados diferentes ou contrários.

Nesta etapa realizou-se a avaliação da qualidade metodológica, da relevância e da autenticidade das informações coletadas, de acordo com a apresentação dos conteúdos e análise estatística descritiva.

A interpretação dos resultados foi baseada nos dados evidenciados nos artigos incluídos na RI com o conhecimento teórico disponível sobre o tema. Na última etapa foi apresentada a síntese da discussão dos resultados encontrados de forma descritiva, sendo pontuada a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram obtidos 06 artigos na composição da amostra (Tabela1) desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Nome do artigo	Nome dos autores/ Ano de publicação
Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto	SILVA, RA; BARROS, NR; JORGE, HMF; MELO, LPT; JUNIOR, ARF. / 2012
História Oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher	SOUZA KRF; DIAS MD / 2010
Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem	SANTOS, DS; NUNES, IM / 2009
Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta	RODRIGUES, AV; SIQUEIRA, AAF / 2008
O papel da doula na assistência à parturiente	LEÃO, VM; OLIVEIRA, SMJV / 2006
Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura	BRÜGGEMA NN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD / 2005

Tabela 1. Tabela de apresentação dos artigos da amostra da revisão integrativa.

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias: (1) Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto; (2) Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto e por fim, (3) Importância do acompanhamento à gestante no TP.

Nome do Artigo	Ano de Publicação	Categorias
Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto	2012	(1), (2) e (3)
História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher	2010	(1), (2) e (3)
Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem	2009	(1), (2) e (3)
Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta	2008	(3)
O papel da doula na assistência à parturiente	2006	(1), (2) e (3)
Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura	2005	(1) e (3)

Tabela 2. Distribuição dos artigos da revisão integrativa analisados em categorias.

A seguir são apresentadas e discutidas as categorias obtidas nesta RI (Tabela 3).

	CATEGORIAS		
	(1)	(2)	(3)
Frequência (n)	5	4	6
Porcentagem (%)	83	66	6
Autores	Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Leão; Oliveira. Brüggemann; Parpinelli; Osis.	Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Leão; Oliveira.	Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Rodrigues; Siqueira. Leão; Oliveira. Brüggemann; Parpinelli; Osis.
Período de Publicação	2005-2012	2006-2012	2005-2012

Tabela 3 – Frequência e porcentagem das categoriais obtidas na amostra de artigos da revisão integrativa.

### Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto

A primeira categoria encontrada em 83% (05) da amostra de artigos foi denominada “Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto”. Nesta categoria foram sintetizados o papel desta profissional na assistência à gestante, segundo vários estudos realizados, levando em conta que estas ações se respaldam no PHPN, apontado na literatura pesquisada. O apoio emocional e assistencial no período perinatal, durante a gestação, TP ou no puerpério com apoio

à amamentação são apontados como as principais funções as doulas.

Segundo Leão e Oliveira (2006), a doula exerce a função de apoio à gestante e à família, realizando acompanhamento da gestação, orientações à mulher e à família em relação ao TP e auxiliando nos cuidados com o RN após o nascimento, promovendo encorajamento e tranquilidade. A doula representa o suporte psíquico e emocional e exerce o principal papel de incentivadora de práticas de humanização do TP e parto. Os autores, através do estudo realizado, classificam a assistência prestada pelas doulas à parturiente em cinco categorias: suporte emocional, medidas de conforto físico, suporte de informações, suporte às suas decisões e, por último, suporte a seu parceiro.

Santos e Nunes (2009) definem que o papel da doula consiste em providenciar o conforto materno, tranquilizar, estimular, reduzir a ansiedade, conversar com a parturiente com o objetivo de acalmar, relaxar, orientar ou compartilhar experiências, proporcionar suporte emocional, informações, apoio às decisões e ao parceiro, manter um elo entre os profissionais e pacientes, rompendo o medo da parturiente e contribuindo na condução de um parto tranquilo.

Segundo Silva e Dadam (2008), a doula pode até mesmo ajudar o RN no momento do parto, auxiliando-o a se encaixar mais facilmente e de forma correta, reduzindo o tempo do TP, através de informação, de técnicas de relaxamento, exercícios, massagens, posições, muito carinho e atenção. Duarte (2013) afirma que após o parto, a doula faz visitas à nova família, oferece apoio no pós-parto, especialmente em relação à amamentação e alguns cuidados com o RN.

Souza e Dias (2010) acrescentam ainda que a doula exerce uma função maternal em que a futura mãe se apóia durante todo o processo do parto. Além disso, as doulas são consideradas grandes responsáveis pelo incentivo ao parto normal, assegurando e apoiando a vontade da mãe e evitando procedimentos que conduzissem ao parto cesariano (SILVA et al., 2012). Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) defendem a idéia de que o papel das doulas tem estreita relação com a humanização do parto e nascimento.

Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto A segunda categoria denominada como “Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto” foi encontrada em 66% (04) da amostra de artigos. Nesta categoria foram identificadas as principais técnicas realizadas pelas doulas na assistência à parturiente abordadas na literatura, que sintetizadas, consistem em técnicas de alívio da dor e tensão da parturiente, promovendo um parto tranquilo e de sucesso.

Dentre as diversas técnicas utilizadas pelas doulas no suporte à gestante, destacam-se as técnicas de respiração e relaxamento físico e mental, posicionamento adequado e caminhada (LEÃO; OLIVEIRA, 2006; SOUZA; DIAS, 2010). O estudo de Silva et al. (2012), destaca que a doula esclarece os termos técnicos, utiliza compressas quentes ou frias, movimentos corporais, oferece

orientações sobre intervenções obstétricas, fornece informações para familiares e equipe multiprofissional, enseja espaços para perguntas, respeita as escolhas, as queixas, os sentimentos, responde com objetividade, aceita as posições confortáveis escolhidas pela parturiente, realiza massagens de conforto, técnicas de alívio da dor, ensina a movimentar o corpo com aparatos (bola, cavalinho, escada de Ling), oferece chás e ervas medicinais, homeopatia, musicoterapia, cromoterapia, hidroterapia, meditação e orações, entre outros.

Importância do acompanhamento à gestante no TP terceira categoria, encontrada em 100% (06) dos artigos, foi denominada “Importância do acompanhamento à gestante no TP”. Esta categoria retrata os benefícios obtidos com o acompanhamento à gestante durante o processo do parto, sendo uma das políticas do MS para o incentivo do parto normal e realização do parto humanizado. Neste cenário, a mulher poderá escolher um profissional, o companheiro ou um familiar, amiga, parteiras, enfermeiras e, acrescentam-se, as doulas, para lhe dar suporte durante o TP e o parto (SILVA et al., 2012).

A assistência à parturiente tem sido transformada e aprimorada ao longo dos anos. No contexto da atenção ao parto em nosso país, uma sequência de transformações aconteceu, implicando a substituição do ambiente, das pessoas envolvidas e das atitudes diante do fenômeno da parturição. Pode-se inferir que o local do parto deixou de ser o domicílio, onde a mulher era assistida por parteiras, além de contar com a participação de pessoas do seu convívio afetivo, para ocupar o espaço hospitalar, onde ela permanece afastada dos seus familiares e é vista como mais uma cliente, alheia e submissa. Ressaltamos que no ambiente hospitalar, a mulher costuma ser internada precocemente, permanecendo sozinha ao longo do TP e perde sua autonomia de decisão sobre determinadas condutas (SANTOS; NUNES, 2009).

Santos e Nunes (2009) afirmam ainda que a presença do acompanhante possui várias vantagens, e que estudos de revisão sobre o tema apontam claramente os benefícios, uma vez que, na ausência de riscos conhecidos associados ao apoio intraparto, todo esforço deve ser feito para assegurar que as parturientes recebam suporte, não apenas de seus familiares ou pessoas próximas, mas também de profissionais experientes. Em abril de 2005 foi sancionada a Lei nº. 11.108, que preconiza o direito de acompanhante à parturiente durante todo o processo do parto (BRASIL, 2005).

O acompanhante, por ser uma pessoa de escolha da mulher, representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para somar forças, dividir ansiedade, medo e para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis durante o trabalho de parto (LEÃO; OLIVEIRA, 2006). A OMS (1996) recomenda a necessidade de respeitar o direito da mulher na escolha do acompanhante durante o processo do parto.

A parturiente deve ser acompanhada por pessoas de sua confiança e com as

quais se sintam à vontade (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Souza e Dias (2010) consideram que o papel do acompanhante, de escolha da parturiente, e o da doula se complementam. Ressalva-se que a presença de laços emocionais e afetivos entre o acompanhante e a parturiente dificultam a manutenção de uma postura calma e alheia aos desconfortos sentidos pela mulher. Neste momento, uma doula experiente e cuidadosa pode auxiliar esta mulher a lidar com o parto de forma mais confortável.

## CONCLUSÕES

Esta RI permitiu sintetizar a produção científica nacional acerca da importância da assistência humanizada em um momento crítico na vida de uma mulher, como o parto.

Os artigos desta revisão, não contemplam todo o conhecimento disponível sobre este tema. Sendo assim, sugere-se a realização de estudos com diferentes abordagens para elucidar lacunas evidenciadas no contexto da atenção humanizada ao parto e nascimento. Pode-se dizer que a mulher, durante a gestação, se encontra muito sensível e emotiva e dispor de estrutura assistencial durante este período traz benefícios para a segurança da gestante, para o RN e toda a família.

Dentro desta assistência, destaca-se a presença de uma profissional para acompanhar a parturiente durante todo o processo da gestação, parto e pós-parto. Esta profissional, a doula, oferece suporte e assistência humanizada à parturiente e a família. A profissional doula vem se destacando no mercado profissional na última década e sua presença entre a equipe vem sendo valorizada. Com a adesão de famílias “gestantes” ao parto humanizado, a doula se torna uma das protagonistas desse cenário, em que cada vez mais famílias querem trazer suas crianças ao mundo, por meio de um parto humanizado, saudável e natural.

A estratégia do parto humanizado é benéfica para a saúde da mãe e do RN, contribuindo para uma boa adaptação à vida extrauterina, estreitando os laços entre mãe-RN e promovendo uma série de outros benefícios. As evidências científicas nacionais apontam para as funções das doulas na assistência durante o período gestacional, TP e pós-parto, apresentam as principais técnicas utilizadas e pontuam a importância do acompanhamento da gestante e da puérpera por profissionais habilitados.

Durante a gestação, há auxílio em relação a exercícios de relaxamento para a gestante, há massagem para relaxamento do bebê, tudo em um ambiente calmo, com músicas serenas, tranquilas.

No TP, a doula auxilia a mãe quanto a posições menos dolorosas, a respiração ideal, aos exercícios que auxiliam na dilatação do colo do útero para facilitar o parto normal. Após o nascimento, a doula realiza ações de humanização desse parto,

colocando o bebê para mamar na primeira hora, fazendo esse contato pele a pele desse binômio mãe-bebê, dentre outras ações.

Portanto, o papel da doula é grande relevância no contexto atual da assistência obstétrica e puerperal, promovendo o estabelecimento de um elo cada vez mais forte entre a gestação e o parto saudável.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. P. **Conheça técnicas para aliviar naturalmente a dor do parto.** Disponível em: <<http://daquidali.com.br/conversa-de-mae/conheca-tecnicas-paraaliviar-naturalmente-a-dor-do-parto/>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada.** 1º Brasília, 2005. 158 p. (A). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005.** Altera a Lei n. 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. Diário Oficial da República, 8 abr. 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto / parto: uma revisão da literatura.** Cad Saúde Pública = Rep Public Health., v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p.699-705, 2005. Jul/set.

DUARTE, A. C.. **Doula a quem doer.** O Estado de S. Paulo, São Paulo. 02 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,doula-a-quemdoer,992218,0.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

FADYNHA (Maria de Lourdes da Silva Teixeira). **A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente.** São Paulo: Ground; 2003.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura.** IN: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S.C.M. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde São Paulo: látrica, 2010. p.105-126.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R. J. E. **Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes.** Res Nurs Health, v. 12, p. 289-97, 1989.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman.** Rev Latino-am Enfermagem, v. 9, n. 3, p. 90-4, 2001.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. **O Papel da Doula na Assistência a Parturiente.** Rev. Min. Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 24-29, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem.** Texto Contexto Enferm, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOURA-FERREIRA, M. C. **Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica**. 01 p. 2008 [mimeografado].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. **Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta**. Rev. Bras. Saúde Matern Infantil, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M.. **Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.582-588, set. 2009.

SILVA, R. M.; et al. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, out. 2012.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D.. **História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 04, p.493-499, 2010.

SOUZA E SILVA, A. C.; DADAM, S. H.. **Doula: um trabalho direcionado para a saúde emocional do bebê e a auto-regulação da nova família**. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino- América, XIII, VIII, II, 2008. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-13-2]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br](http://www.centroreichiano.com.br). Acesso em: 27/08/2013.

VIEIRA, S. M.; et al.. **Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal**. Texto & Contexto: Enfermagem, Florianópolis, n.spe , p.255-262, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of Advanced Nursing, 2005, v. 52, n. 5, p. 546-553.

## O PERFIL DO AUTOR DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM NARRADA PELA MÍDIA IMPRESSA PARAENSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO

### **Euriane Castro Costa**

Enfermeira. Pós-Graduada do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Pará (UEPA), Belém – Pará.

### **Vera Lúcia de Azevedo Lima**

Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará.

### **Victor Assis Pereira da Paixão**

Enfermeiro. Formado pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará.

### **Raine Marques da Costa**

Enfermeira. Formada pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará.

### **Adria Vanessa da Silva**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, Belém – Pará.

### **Eliseu Pedroso de Macedo**

Enfermeiro Formado pela Faculdade Pan-Amazônica (FAPAN), Belém – Pará.

### **Ana Karolina Souza da Silva**

Graduada em Enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará.

### **Brenda Jamille Costa Dias**

Graduada em Enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará.

### **Carolina Pereira Rodrigues**

Graduada em Enfermagem. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará.

**RESUMO: Introdução:** Entre as formas mais comuns de violência estão a praticadas contra a mulher pelo seu parceiro íntimo. **Objetivo:** Analisar o perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense. **Metodologia:** Estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Foram consultados 365 exemplares do jornal O Liberal, publicadas no ano de 2016, sobre a violência contra a mulher ocorrida no mesmo ano. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva com apresentação de gráficos e tabelas. **Resultados:** Os resultados apresentam a caracterização do autor de violência, os tipos de violência cometida, os fatores associados à violência e propostas de estratégias para a diminuição da violência contra a mulher. A pesquisa aponta predomínio de homens na faixa etária de 19 a 27 anos, trabalhadores dos setores de alimentos, segurança, construção civil. A violência física prevaleceu em 82,14% dos casos. Os principais agressores foram os companheiros, o ciúme e envolvimento com tráfico 21,36% foi fator associado para agressão. **Conclusão:** É imprescindível elaborar e implantar ações de enfrentamento articuladas intersetorial e interdisciplinarmente. Assim, além da denúncia e do tratamento dos agravos, é possível atuar na modificação da conduta violenta dos agressores e na promoção

da igualdade de gênero, especialmente, no que se refere à emancipação econômica, emocional e social.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência contra Mulher, Enfermagem, Homem, Mídia.

## THE PROFILE OF THE AUTHOR OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE METROPOLITAN REGION OF BELÉM NARRATED BY THE PRINTED MEDIA PARAENSE: A QUANTITATIVE STUDY

**ABSTRACT: Introduction:** Among the most common forms of violence are practiced against women by their intimate partner. **Objective:** To analyze the profile of the author of violence against women in the metropolitan region of Belem, narrated by the printed media in Pará. **Methodology:** A descriptive study with a quantitative approach. 365 copies of the O Liberal newspaper, published in the year 2016, were consulted on violence against women in the same year. The analysis of the data was made through descriptive statistics with presentation of graphs and tables. **Results:** The results present the characterization of the author of violence, the types of violence committed, the factors associated with violence, and proposed strategies for reducing violence against women. The research indicates a predominance of men in the age group of 19 to 27 years, workers in the food, safety and construction sectors. Physical violence prevailed in 82.14% of the cases. The main aggressors were the companions, jealousy and involvement with trafficking 21.36% was associated factor for aggression. **Conclusion:** It is essential to devise and implement interdisciplinary and interdisciplinary coordination actions. Thus, in addition to denouncing and treating injuries, it is possible to act in the modification of the violent conduct of the aggressors and in the promotion of gender equality, especially with regard to economic, emotional and social emancipation.

**KEYWORDS:** Violence against Woman, Nursing, Man, Media.

### 1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é qualquer ação, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher. No Brasil, pesquisas apontam a gravidade das violências sofridas pelas mulheres, sendo em 70% dos casos perpetradas por parceiros ou ex-parceiros conjugais. A cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil, a cada 2 minutos 5 mulheres são espancadas e a cada duas horas uma é assassinada (BRASIL, 1994, GUIMARAES, 2015). A Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM) no estado do Pará no ano 2015 registrou 115 casos de difamação, 380 de perturbação e 580 de injúria (SOUZA, 2016). O homem, muitas vezes, tem dificuldade em aceitar a ascensão social de suas companheiras, pois acreditam que as mulheres devem viver subjugadas às suas vontades. Essa realidade imposta pela desigualdade de gênero é comum na violência contra a mulher. Outro fator em destaque também está o envolvimento do

agressor com tráfico, álcool e drogas ilícitas (LIMA ET AL, 2015). No Sistema Único de Saúde - SUS os atendimentos por ano, somam 147.691 registros por dia 405, ou seja, 1 a cada segundo (SOUZA, 2016). Diante de sua alta prevalência e de seu impacto na sociedade, a violência contra a mulher tem adquirido visibilidade, tornando-se alvo de discussões em diferentes campos disciplinares e por entidades internacionais, o que demandou a formulação de políticas e programas para seu enfrentamento, assim como a disposição de práticas e serviços característicos.

## 2 | OBJETIVOS

Analisar o perfil do autor da violência contra as mulheres na região metropolitana de Belém narrada pela mídia impressa paraense e propor estratégia para a diminuição da violência contra a mulher.

## 3 | MÉTODOS

O estudo é um plano de trabalho de iniciação científica edital 2016 da Pro- Reitoria de Extensão- PROEX/UFPA no período de agosto 2016 a agosto 2017, vinculado ao Projeto de Pesquisa Discurso narrado pela mídia paraense sobre a violência contra a mulher paraense cometida por homens.

O estudo é do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Foram consultadas edições do jornal O Liberal, publicadas nos anos de 2016, sobre a violência contra a mulher. A coleta de dados foi realizada na Fundação Cultural do Pará Tancredo Neves (CENTUR), biblioteca pública “Arthur Vianna”.

Análise dos dados foi feita meio da estatística descritiva com apresentação de gráficos e tabelas. Os critérios de exclusão foram notas que narrarem a violência contra a mulher que ocorreram em locais que não fossem a região metropolitana de Belém como fora do Brasil, outros municípios do estado do Pará, outros estados brasileiros.

Para analisar o perfil, usamos os seguintes critérios: Faixa etária, profissão/ ocupação do agressor segundo o IBGE e grau de parentesco do agressor com a vítima.

## 4 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram consultados 365 exemplares do jornal, sendo selecionadas 211 notas sobre violência contra a mulher ocorrida no ano de 2016. Destas 56 notas que relatavam a violência contra as mulheres residentes na região. Foram excluídas 115 notas por mencionarem a violência contra a mulher fora da região metropolitana de Belém e em outros Países. A pesquisa veio afirmar o que os números alarmantes apontam em relação aos casos de violência no Brasil, onde o estado do Pará aparece com

48.34% das notas e outros estados com 46.45% e a região metropolitana de Belém que compreende a capital paraense e os municípios de Ananindeua, Marituba, Santa Bárbara e Benevides. Belém aparece com 69.64% casos de violência (WAISELFISZ, 2015).

No Mapa da violência de 2015, o país tem uma taxa de 4,8 homicídios por cada 100 mil mulheres, a quinta maior do mundo, conforme dados da OMS que avaliaram um grupo de 83 países.

Das notas encontradas 48.34% são referentes aos casos de violência contra a mulher no estado do Pará. Foram encontradas 69.64% dos casos em Belém, já o município de Benevides não registrou notas. Nos dados do IBGE, Belém em 2016 possuía uma população de 1.393.399 habitantes, o que explica a maior porcentagem das notas. Nos registros da DEAM só nos primeiros seis meses de 2016, foram 2.607 registros de casos de violência contra mulher. Na capital, a média de 86 ocorrências a cada dia. Mas o aumento de registros não necessariamente é sinal de que a violência esteja aumentando. Os números podem indicar que elas estão decididas a não aceitar as agressões.

Quanto a faixa etária do autor de violência contra mulher na região metropolitana de Belém no ano 2016, os agressores apresentam a faixa etária entre 18 a 57 anos, predominando as faixas etárias dos 18 aos 27 anos, com 12.5% e dos 38 aos 47 anos, com 10.71%. Das notas que não informam a idade somam 64.29%. Se somarmos as faixas dos 18 aos 47 anos temos mais de 30% de homens agressores dentro dessa faixa.

Quando analisado sobre a profissão/ocupação do agressor segundo o IBGE, o percentual 3,57% das notas se repetem em quatro tipos, trabalhadores nos serviços de alimentação, vigilantes e guarda de segurança, trabalhadores de construção civil e trabalhadores nos serviços gerais, somando 14.28%, o que são consideradas profissões braçais, e de baixa escolaridade.

Quanto ao grau de parentesco do agressor com a vítima (Tabela 1) os dados mostram que 25% agrediram suas companheiras, e 3.57% são ex-companheiro, ou seja, temos em evidencia a violência doméstica intrafamiliar.

<b>Grau de Parentesco</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Amante	2	3.57
Chefe	1	1.79
Companheiro	14	25.00
Conhecido	1	1.79
Ex-companheiro	2	3.57
Namorado	1	1.79
Sobrinho	1	1.79
Vizinho	1	1.79
Não informa	2	3.57
Desconhecido	31	55.36

**TABELA 1** - Grau de parentesco do agressor com a vítima o ano de 2016

Fonte: Jornal O Liberal, 2016.

Quanto aos anos de convivência do autor de violência com a vítima. As notas informam de 6 meses a 20 anos. Sendo que 7.14% a faixa foi de 7 a 13 anos de convivência. Aproximadamente, 83% das notas não informam o tempo de convívio. Estudos feitos mostram que essa violência não acontece apenas em um episódio, o que pode ser perpetuada por décadas, como afirma Leite et al. (2015), em sua pesquisa feita 33,0% de mulheres vivenciam a agressão por um período de até um ano e cerca de 20,0% sofrem agressão por mais de dez anos.

Quando analisando os tipos de violência cometida contra a mulher, na região metropolitana de Belém no ano de 2016. Na coleta de dados foram encontrados os tipos descritos na tabela 5. A violência física com 82.14% das notas publicadas, o que ainda aparecem associadas às outras violências principalmente a psicológica.

No mapa da violência os registros do SINAN também levantam o tipo de violência sofrida pela vítima. É necessário considerar que cada atendimento pode gerar o registro de mais de um tipo de violência. A violência física é a mais frequente, aparecendo em 48,7% dos atendimentos com especial incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando chega a representar perto de 60% do total de atendimentos (WAISELFISZ, 2015).

Os tipos de violência física citadas foram empurrões, socos, chutes, tapas, arremesso de objetos, apertos, sacudidas, tentativa de enforcamento, cascudos, puxões pelos cabelos, torções de membros superiores, prensadas contra a parede e cabeçadas. Estas formas de violência quase sempre associadas à violência psicológica, por meio de ameaças, intimidações, manipulações e humilhações. Na pesquisa de Leite *et al* (2015), houve predomínio (26,2%) da violência física, psicológica e moral. E revelou entre as vítimas uma prevalência de agressão física, seguida pela psicológica.

Tipos de Violências	N°	%
Física/verbal	2	3.57
Física	46	82.14
Física /Sexual	2	3.57
Física/Psicológica	4	7.14
Sexual	1	1.79
Verbal/Constrangimento	1	1.79
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

**TABELA 2** - Tipos de violência cometida contra a mulher, na região metropolitana de Belém no ano de 2016.

Fonte: Jornal O Liberal, 2016.

Ao investigar os fatores associados à violência contra a mulher, 8.93% das notas foi relacionado ao ciúme. O álcool associado a outros fatores, equivalente a 5.36% das notas, mesmo percentual também para apenas drogas. Mas o uso de entorpecentes aparece associado a mais fatores. A maior predominância da violência segundo os dados do jornal está ligada ao tráfico 21.36% das notas. Para Leite (2015), o ciúme foi apontado em 33,3% dos casos como a causa principal de desencadeio da violência.

Há certo consenso entre os autores Madureira et al 2014, Silva; Coelho e Moretti-Pires (2014), Leite et al. (2015) na relação entre o consumo de álcool pelo agressor como fator de risco para violência. Observou-se nos resultados que 70,8% dos agressores faziam uso de uma ou mais substâncias lícitas ou ilícitas. O consumo de álcool foi encontrado em 60% dos casos e, associado a outras drogas.

Mas o consumo do álcool como fator precipitante da violência doméstica, pode ser explicado pelo efeito desinibidor do comportamento dos agressores, como um meio de minimizar a responsabilidade pelo procedimento violento, ou, ainda, a combinação do uso de álcool com a prática de violência pode agir como fator denunciante da personalidade impulsiva. O uso de drogas pode contribuir para episódios de agressão em função dos efeitos de redução do controle do comportamento e aumento de sensações persecutórias.

#### **4.1 Estratégias para a diminuição da violência contra a mulher**

Diante desse problema social e de saúde pública, torna-se importante o planejamento e a implantação de políticas públicas de atenção, responsabilização e educação para o autor de agressão que promovam iniciativas de transformação, para além da punição.

A criação de núcleos de educação e atenção psicossocial a homens autores de violência, assim como nas redes de apoio e Organizações Não Governamentais (ONGs) que vise fortalecer vínculos familiares por meio do acolhimento e atendimento profissional de cuidados real por meio da visão holística ao homem, ao casal e à família, promovendo acima de qualquer situação a dignidade humana, com espaço grupal diferenciado de escuta e diálogo, para que os autores aprendam a desnaturalizar a violência de cunho cultural, machista, transgeracional e patriarcalista, que foi implantada dentro das relações.

Igualmente, seu enfrentamento não pode se restringir ao combate, mas, deve compreender, também, as dimensões da prevenção, assistência e garantia de direitos das mulheres. Por este motivo, demanda do Estado e dos profissionais uma abordagem intersetorial e multidimensional, capaz de gerar mudanças culturais, educativas e sociais.

Assim, torna-se essencial que os serviços voltem seus olhos para ações de abordagem mais ampla e integralizada, nas quais os homens autores da violência sejam compreendidos como integrantes do contexto, onde a violência se desenvolve

e, assim, precisam ser incluídos nas abordagens de enfrentamento.

Ressalta-se que a elaboração de práticas preventivas depende, sobretudo, de maiores estudos que levantem dados sobre a temática no Brasil, agregando contribuições à criação e valorização das políticas públicas em defesa das mulheres e, por conseguinte, a proteção da saúde da mulher, a recuperação da saúde do homem e a valorização da constituição familiar íntegra.

## 5 | CONCLUSÃO

Esta problemática pode ser debatida com eficiência pelos profissionais de saúde, em especial na área da Enfermagem. Nas consultas, requer promover uma escuta qualificada e acolhimento, orientação às mulheres, sobretudo quanto às redes de apoio social. Assim, sendo foi percebida a importância de analisar o perfil do autor de violência e ampliar um olhar humanizado, pois esses são entendidos unicamente pela sociedade como criminosos mediante seus atos violentos, sendo desconsideradas as determinantes sociais, culturais e transgeracionais que exercem influência sobre seus comportamentos. Logo, as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero precisam orientar-se para a desconstrução de valores sexistas e machistas e para assuntos culturais e sociais, que não caracterizem o problema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Senado Federal. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. “Convenção de Belém do Pará”**, 9 de junho de 1994 no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Acessado em: 09 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas** Rev. Psicologia & Sociedade, 2015. 27(2), 256-266.

LEITE F.M.C., BRAVIM L.R., LIMA E.F.A. et al. **Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor.** J. res.: fundam. care. Online, jan./mar. 7(1): 2181-2191, 2015.

LIMA, V.L.A; SILVA A.F.; SILVA E.B.R. et al. **Necessidades humanas básicas comprometidas de mulheres vítimas de violência atendidas na delegacia especializada de atendimento a mulher.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Ano 2015 Vol.06, N°. 01.

MADUREIRA A.B., RAIMONDO M.L., FERRAZ M.I.R., et al. **Homens autores de violência contra mulheres detidos contribuições para o enfrentamento.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(4) Out-Dez, 2014.

SILVA A.C.L.G., COELHO E.B.S., MORETTI-PIRES R.O. **O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática.** Rev Panam Salud Publica.35(4):278–83. 2014

SOUZA J. A. **Unidade do SUS recebem 405 agredidas por dia, diz levantamento.** O Liberal, Belém, 30 mai. 2016. cad.1-6, p.1.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos – CEBELA. FLACSO. Brasília, 2015. Acesso em: 06 ago. 2017. Disponível em: [www.mapadaviolencia.org.br](http://www.mapadaviolencia.org.br)

# CAPÍTULO 10

## OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO

### Jeane Pereira Ramos

Enfermeira graduada pela Universidade Paulista  
– UNIP  
Goiânia – Go.

**RESUMO:** Durante o processo de expulsão fetal inúmeras mulheres são vítimas de abusos e tratamentos ausentes de respeito por parte das instituições de saúde, transgredindo os direitos das mulheres a uma assistência qualificada. Nesse contexto, podemos dizer que a violência obstétrica corresponde a qualquer ação que origine efeitos negativos de caráter físico e/ou psicológico durante o processo parturitivo natural. O objetivo deste trabalho é reconhecer as múltiplas formas de violência obstétrica contra a mulher no campo da obstetrícia, bem como os efeitos a curto e longo prazo da prática das mesmas no processo de parição. A revisão da literatura utilizada tem caráter descritivo exploratório, abordando as formas e as consequências da violência obstétrica para a saúde da mulher. Foi realizada a busca dos artigos científicos nas bases de dados da biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e manuais do Ministério da Saúde. Os diversos abusos existentes no âmbito da obstetrícia são considerados desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e transgressão dos direitos humanos. Estes

abusos são caracterizados como uma forma de violência que pode ser apresentada de forma amena e de difícil notoriedade. Porém resultam em efeitos negativos de caráter físico e/ou psicológico durante o processo parturitivo. Componentes físicos, psicológicos, sociais e ambientais vivenciadas pelas parturientes repercutem em reações fisiológicas podendo dificultar o processo de parto e torná-lo um evento inseguro. A prevenção da violência obstétrica dar-se-á através de informação e conscientização a gestante visando a segurança e bem-estar da parturiente e seu concepto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Abuso físico, parto obstétrico, enfermagem obstétrica, violência.

### THE EFFECTS OF THE OBSTETRICS VIOLENCE DURING THE BIRTHING

**ABSTRACT:** During the process of fetal expulsion, many women are victims of abuse and treatment that is lacking in respect for health care institutions, transgressing the rights of women to qualified care. In this context, we can say that obstetric violence corresponds to any action that causes negative physical and / or psychological effects during the natural parturition process. The objective of this study is to recognize the multiple forms of obstetric violence against women in the field of obstetrics, as well as the short-term and long-term effects

of obstetrical practices in the parturition process. The review of the literature used is descriptive exploratory, addressing the forms and consequences of obstetric violence to women's health. The scientific articles were searched in the databases of the Virtual Health Library (VHL), PubMed and manuals of the Brazilian Ministry of Health. The various abuses in the field of obstetrics are considered disrespect to the reproductive and sexual rights of women and transgression of rights humans. These abuses are characterized as a form of violence that can be presented in an entertaining and difficult way. However, they result in negative physical and / or psychological effects during the parturition process. Physical, psychological, social, and environmental components experienced by the parturients have repercussions on physiological reactions, making it difficult for the childbirth process to be an unsafe event. The prevention of obstetric violence will be through information and awareness to the pregnant woman aiming at the safety and well-being of the parturient and her concept.

**KEYWORDS:** Physical abuse, obstetric delivery, obstetric nursing, violence

## 1 | INTRODUÇÃO

A partir do séc. XX evidenciou-se o processo de hospitalização para a realização dos partos (PASCHE et al., 2010, p.105-17) chegando ao final deste século quase 90% da realização de partos eram institucionalizadas (RATTNER, 2009, p.759-68) Juntamente a estes eventos houve a inserção das tecnologias a fim de iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto obtendo ganhos na qualidade de assistência da saúde da mãe e bebê (DINIZ, 2006, p.80-91). Dessa forma advém o processo de medicalização do parto e utilização de procedimentos posteriormente considerados inadequados e desnecessários, principalmente nos partos de baixo risco, podendo até colocar em risco a saúde e a vida materna e de sua prole (DINIZ, 2006, p. 80-91).

Estas ações intervencionistas por vezes retiram as mulheres do papel central e as tornam coadjuvantes nos processos de parto e nascimento. O parto torna-se um modelo centralizado na figura médica e por vezes exclui outros profissionais de saúde (WOLFF; WALDOW, 2008; SANFELICE et al., 2014). A realidade brasileira é marcada por um atendimento repleto de intervenções cirúrgicas, por vezes humilhantes, e até mesmo negação do direito ao acompanhante, em que a falta de informações das mulheres corroboram para este cenário. Os diversos excessos existentes são considerados como desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres além de violação dos direitos humanos (DINIZ, 2006; PASCHE et al., 2010; LEAL et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em um relatório publicado em Genebra na Suíça (2015) durante o processo de expulsão fetal inúmeras mulheres são vítimas de abusos e tratamentos ausentes de respeito por parte das instituições de saúde. Essa vivência não é exclusiva do Brasil pois também é vivenciada em diversos países do mundo, transgredindo os direitos das mulheres à uma assistência

qualificada, expondo-as a um risco de abalo na integridade física e mental em um momento de extrema peculiaridade. Não obstante, além de um problema de saúde pública, tem-se uma questão de direitos humanos.

A OMS (2014) propõe que existe a necessidade de realização de pesquisas com intuito de definir, medir e compreender objetivamente as práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto, bem como elaborar formas de prevenção e eliminação destas condutas.

Este estudo teve como objetivo reconhecer os diversos tipos de violência obstétrica contra a mulher no âmbito da obstetrícia, bem como os efeitos a curto e longo prazo do uso das mesmas no processo de parição.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo constituiu-se de revisão da literatura com análise descritiva qualitativa, abordando a temática que versa a respeito da violência obstétrica e seus desdobramentos no processo de parto a curto e longo prazo, obtidas por meio de artigos científicos, provenientes de bibliotecas virtuais. A busca pelos estudos foi realizada entre os meses de fevereiro e agosto de 2018, a partir da consulta aos Descritores e Ciência da saúde (DeCS), onde identificaram as palavras chaves: Parto obstétrico, abuso físico, enfermagem obstétrica, violência.

Na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram encontrados 1120 artigos e selecionadas 17 referências e no PubMed foram encontrados 520 e selecionadas 9 referências. Foram excluídos 1640 artigos que não continham resumos disponíveis, não estavam acessíveis gratuitamente, e os artigos que não continham na íntegra pelo meio online, além de publicações que não eram relacionadas ao tema. Dessa forma, foram selecionados 26 artigos científicos, que contribuíram para o desenvolvimento do estudo e do objetivo proposto.

## 3 | REVISÃO DE LITERATURA

O termo “Violência Obstétrica” (VO) é empregada para descrever e agrupar diversas formas de violência e agravos durante o cuidado obstétrico profissional, situações que se encontram de forma crescente no Brasil a décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (RATTNER, 2009, p. 759-68).

Em uma pesquisa nacional o qual deu visibilidade ao problema, cerca de ¼ das mulheres que haviam concebido, e também aproximadamente metade das que abortaram relataram alguma forma de VO (VENTURI; GODINHO, 2013, p.108-9). Essas premissas são a ponta de um iceberg com o qual os profissionais de saúde e a comunidade têm coexistido passivamente (TESSER et al., 2014, p.1-12).

O texto aqui foi estruturado em duas partes: a primeira trata-se da identificação das formas de violência obstétrica nos serviços de saúde; a segunda discorre as consequências da violência obstétrica a curto e longo prazo para o processo de parturição e a saúde da mulher.

Na última década, múltiplas definições de VO tem sido propostas, dentre elas é a da primeira legislação latino-americana caracterizando esta forma de violência, aprovada na Venezuela:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (LEI ORGÂNICA SOBRE OS DIREITOS DAS MULHERES, 2007, p.30).

Existem diversas formas de designar o feito, como: “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “Violência de gênero no parto e aborto”(BOWSER; HILL, 2010, p.1-57), “violência institucional (PIRES et al., 2002, p.1681-5), “assistência desumanizada”, “crueldade no parto”(GOER, 2010, p.33-42) “violações de direitos humanos das mulheres no parto”. E dentre as diversas formas de definições e conceituações possíveis as principais categorias de desrespeito e abuso institucionalizado, associando aos direitos adequados, encontram-se sintetizados no quadro 1 (BOWSER; HILL, 2010, p.1-57).

Categoria	Direito atribuído	Exemplificação
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na quadragésima semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.

Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.

Quadro 1. Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplificação.

Fonte: Adaptado de Bowser e Hill

A violência institucional vai além da assistência oferecida pela equipe de saúde, as condições hospitalares inadequadas podem resultar em danos físicos e psicológicos à mulher, bem como repercutir em sérias consequências para a saúde sexual e reprodutiva e processo de parturição<sup>(15)</sup>. Problemas estruturais como o espaço físico reduzido na sala de parto são destacadas como um importante obstáculo para estabelecimento de estratégias preconizadas pela política de humanização de parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008, p. 1859-68).

Componentes físicos, psicológicos, sociais, espirituais e ambientais, transcendem a dimensão física, onde o conforto da mulher neste momento, desde uma rotina de espera e a forma de tratamento gera desfechos negativos na mulher como sentimentos de medo, insegurança e instabilidade emocional (FRELLO, CARRARO; 2010, p.660-8).

Estes sentimentos negativos acarretados por tratamento inadequado resultam em insegurança no parto e nascimento. Condutas erroneamente adotadas por parte da assistência de saúde incidem forte influencia no andamento fisiológico e psicológico da mulher, repercutindo na segurança do parto e podendo por vezes contribuir para a mortalidade materna. Além disso as emoções negativas podem abarcar a mulher e dificultar o processo de parto (FRELLO; CARRARO, 2010, p.660-8).

A desumanização no processo parturitivo resulta na inibição hormonal de ocitocina, pela ação da adrenalina no organismo da mulher, o qual procede o aumento da dor durante o processo de parto, inibindo as contrações uterinas, a dilatação e o apagamento do colo uterino, e por conseguinte, aumento do risco a um evento inseguro (GUIDA et al., 2013, p.524-30). A dor do parto é potencializada com aumento da ansiedade e do medo por parte das parturientes, distorcendo o evento do parto em algo inseguro, em vez de prazeroso (FRELLO; CARRARO, 2010, p.660-8).

Neste íterim, sabe-se que o estado emocional da mulher interfere na evolução

do parto, e a assistência prestada influencia diretamente na forma como este momento é vivenciado e experienciado no processo doloroso de parto e nascimento (FRELLO; CARRARO, 2010, p.660-8).

Fisiologicamente a dor representa um importante sinal de início de trabalho de parto, porém a prevalência da dor e da ansiedade, e o aumento da secreção de cortisol, podem afetar a contratilidade e o fluxo sanguíneo uterino, portanto, assim que iniciado o trabalho de parto, a dor e a ansiedade podem e devem ser amenizadas, pois as mesmas refletem em prejuízos a mulher e ao feto gerando um evento inseguro (CAUS et al., 2012, p.34-40).

O tratamento desumano e abusivo na atenção obstétrica nas instituições de saúde podem refletir negativamente nas condições de saúde das mulheres<sup>(20)</sup>, e entre os efeitos negativos de uma assistência obstétrica desrespeitosa trata-se da depressão pós parto (DPP), mesmo podendo ser de origem multifatorial, a DPP pode estar correlacionada a eventos associados ao parto (ARRAIS, 2005; PIRES et al., 2012).

Sensações como desamparo durante o parto, controle inadequado da dor e a percepção negativa da parturiente sobre a assistência recebida da equipe tem sido agregado os transtornos psiquiátricos no período pós parto e possuem impactos negativos claramente nocivos ao vínculo mãe e filho (ANJOS et al., 2010, p.44-55) e, defrontou-se uma associação abrangente entre transtornos ansiosos e DPP, ocorrendo que a depressão incidiu oito vezes mais comum nas puérperas com transtorno de stress pós traumático (TEPT) relativos ao parto (SOUZA, 2014, p.98).

#### 4 | DISCUSSÃO

Uma das maiores necessidades das mulheres na ocasião do parto, é o amparo emocional (HODNETT et al., 2003). O parto é um processo fisiológico, que tende a ter início e evolução por conta própria: Há a abertura progressiva do colo uterino, o útero começa a se contrair e a dar início a descida do feto, e o processo vai se intensificando chegando ao momento do nascimento propriamente dito. Este processo pode acontecer de modo confortável, seguro e com mínimas intervenções em uma gestação de risco habitual ou baixo risco. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do feto, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo (FRANCO et al, 2012, p.29-35).

Porém, através de uma crescente hospitalização do parto e a evolução das formas de nascer, houve também o crescimento de assistências consideradas desapropriadas, e hoje estabelecidas como violência obstétrica (VO). Neste modelo hospitalocêntrico que transforma o parto antes configurado como fisiológico e natural em um momento patológico ao qual se aplica intervenções adversas, até mesmo

cirúrgica, muitas vezes desnecessárias e coercitivas, revelam formas e consequências, muitas vezes irreparáveis a saúde da mulher.

O cuidado obstétrico com base em evidências oferta apoio, proteção e assistência com o mínimo de intervenções necessárias. As violências praticadas pelos profissionais da obstetrícia revela despreparo, negligência e imperícia. De fato, a humanização do cuidado que deveria ser inerente a qualquer área vai na contra mão desta realidade.

Não obstante, considera-se que a humanização deve começar desde a primeira consulta de pré-natal, pois uma gestante que tenha recebido orientações adequadas e instrutivas, obtido participações em grupos de gestante ou mesmo realizado reflexão sobre materiais informativos, chegam melhores preparadas ao hospitais: fisicamente, socialmente, emocionalmente e dispõe melhor conhecimento de seus direitos legais, para a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério (PASCHE et al.,2010, p.105-17).

O atendimento dessensibilizado e indigno às gestantes no processo de parto, transforma esta experiência a algo traumático e negativo. A autonomia é desrespeitada, pois suas decisões e desejos, predominantemente são deixados de lado por meio de práticas que não maximizam os benefícios, de forma a não exercer o princípio fundamental da bioética “*primum non nocere*” (primeiro não prejudicar), além de que a impaciência e o descaso limite o profissional a não respeitar o pudor, a individualidade, as dificuldades e limitações de cada paciente (BRASIL, 2014), diante disso a equipe de saúde deve ser solícita à paciente e a seus familiares, prestar assistência integral, agindo com zelo, priorizando o bem estar da parturiente e a valorização da vida (BRASIL, 2012, p.188).

## 5 | CONCLUSÃO

Faz-se necessário a promoção de informações às gestantes de forma que às conscientize sobre a prevenção desta modalidade de violência contra a mulher caracterizada por violência obstétrica, e que estes estudos instiguem profissionais de saúde, estudantes e a comunidade em geral da real necessidade que às ações assistenciais ao parto se dignifique. Por essa razão instrumentos devem ser apresentados à prática assistencial a fim de reduzir as intervenções desnecessárias, ainda que diversas estratégias alternativas se choquem com o modelo de atenção predominantemente hospitalocêntrico e medicalizado, no uso de intervenções apenas por rotina e na baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento.

Contudo, não podemos deixar de acreditar que a enfermagem obstétrica pode atualizar seus conhecimentos na perspectiva de práticas seguras e humanizadas. Assim como Michel Odent retrata “para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS KF dos, SANTOS VC, SOUZAS R, EUGÊNIO BG, BASH E, et al. Parto , Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Vol. 13, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2010. 44-55 p.
- ARRAIS A da R. As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. 2005
- BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS. 2014. 465 p.
- BRASIL, Rede Parto do Princípio. Violência Obstétrica “Parirás com dor.” Senado Fed Bras. 2012;188.
- BOWSER D, HILL K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility- Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. Harvard Sch Public Heal Univ Res Co, LLC. 2010;1–57.
- CAUS M, CRISTINE E, SANTOS A, KOTZIAS E, ANDRÉIA A. No Contexto Hospitalar : Significados Para As Parturientes. 2012;16:34–40.
- DINIZ SG. Questões de Saúde Reprodutiva - O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. 2006;(August 2016):1(1):80-91.
- FRANCO V, BUSANELLO J, GON G, RODRIGUES F, PINHO E. Justify Using Harmful Practices. 2012;46(1):29–35.
- FRELLO AT, CARRARO TE. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev Eletrônica Enferm. 2010;12(4):660–8.
- GOER H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. J Perinat Educ [Internet]. 2010;19(3):33–42.
- GUIDA NFB, LIMA GPV, PEREIRA AL de F. Relaxation environment for humanization of hospital delivery care. Reme Rev Min Enferm. 2013;17(3):524–30.
- HODNETT ED, GATTES S, HOFMEYRGJ, SAKALA C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD003766.
- LEAL M do C, PEREIRA APE, DOMINGUES RMSM, FILHA MMT, DIAS MAB, NAKAMURA PM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saude Publica. 2014;30(suppl 1):S17–32.
- NAGAHAMA EEI, SANTIAGO SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2008;24(8):1859–68.
- OMS, Prevenção e eliminação de abusos , desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Organ Mund da saúde- Hum Reprod Program. 2014;4.
- PASCHE DF, VILELA MEDA, MARTINS CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2010;4(4):105–17.
- PIRES AF, D’OLIVEIRA L, DINIZ SG, SCHRAIBER LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002;359:1681–5.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: Ponderações sobre políticas públicas. *Interface Commun Heal Educ.* 2009;13(SUPPL. 1):759–68.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia . *Gac Of.* 2007;

SANFELICE CF de O, ABBUD F de SF, PREGNOLATTO OS, SILVA MG da, SHIMO AKK. From institutionalized birth to home birth. *Rev da Rede Enferm. do Nord.* 2014;15(2):362–70.

SOUZA KJ de. Violência institucional na atenção obstétrica : proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014;98.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HF de A, DINIZ SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária : o que é e o que fazer *Obstetric violence and quaternary prevention : what it is and what to do* Introdução. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014;10(35):1–12.

VENTURA M. Direitos Reprodutivos no Brasil. 2009;3.

VENTURI G, GODINHO T. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: Uma Década de Mudanças na Opinião Pública consolida a reflexão e colabora para transformar, para melhor, as relações e as visões sobre o universo feminino. 2013;108–9.

WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility- based childbirth. WHO statement: Every woman has the right to the highest attainable standard of health, which includes the right to dignified, respectful health care. *World Heal Organ.* 2015;1–4.

WOLFF LR, WALDOW VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto TT - *Consented violence: women in labor and delivery.* *Saúde e Soc.* 2008;17(3):138–51.

## PERCEPÇÕES DE ACADÊMICAS DE UMA FACULDADE PRIVADA SOBRE VIAS DE PARTO

### **Christina Souto Cavalcante Costa**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia - Goiás

### **Micaele Nascimento da Silva Amorim**

Acadêmica Faculdade Estácio de Sá de Goiás,  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia - Goiás

### **Erliene de Oliveira Gomes**

Acadêmica Faculdade Estácio de Sá de Goiás,  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia - Goiás

### **Rosemar Macedo Sousa Rahal**

Universidade Federal de Goiás, Docente do  
Departamento de Medicina  
Goiânia – Goiás

### **Ruffo de Freitas Júnior**

Universidade Federal de Goiás, Docente do  
Departamento de Medicina  
Goiânia – Goiás

### **Consuelo Souto Cavalcante Amaral**

Universidade Federal de Goiás, Docente do  
Departamento de Medicina  
Goiânia - Goiás

### **Sandra Oliveira Santos**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia – Goiás

### **Sue Christine Siqueira**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem, Goiânia – Goiás

### **Alexander Augusto da Silveira**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia – Goiás

### **Kenia Alessandra de Araújo Celestino**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia – Goiás

### **Tainara Sardeiro de Santana**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia – Goiás

### **Andrea Cristina de Sousa**

Faculdade Estácio de Sá de Goiás, Docente do  
Departamento de Enfermagem  
Goiânia – Goiás

**RESUMO:** Ao vivenciarem o parto normal ou a cesárea a mulher tem marcado profundamente em suas histórias, as diferentes percepções e opiniões sobre as vias de parto. E é reafirmada a importância do conhecer o tipo de parto em suas existências para que as percepções advindas deste processo que incluem os aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada ser humano possam ser positivas no regime em que se submeteram. Estudo de corte transversal, realizado com a aplicação do questionário com perguntas fechadas

(múltiplas escolhas), obedecendo a resolução CNS 466/2012 (CONEP, 2016), sob o CAAE: 42581315.3.0000.0033. Objetivos: Os objetivos foram analisar a percepção das acadêmicas (área da saúde e de outras áreas) de uma faculdade particular sobre as vias de parto. Observou-se no estudo que as mulheres sentem a necessidade de serem ouvidas no momento da escolha da via de parto e ainda há muitas com pouca ou nenhuma informação sobre as vias e os procedimentos em que irão se submeterem. Concluímos que o profissional de saúde deve ser o agente educador e orientador neste processo em que as mulheres e seus familiares passam, fazendo-as sabedoras para que no momento possam fazer a escolha correta juntamente com a equipe que a assiste.

**PALAVRAS-CHAVE:** cesárea, parto normal, percepção.

**ABSTRAT:** When experiencing the normal birth or cesarean the woman has marked deeply in their stories, the different perceptions and opinions on the ways of delivery. And it is reaffirmed the importance of knowing the type of delivery in their existences so that the perceptions arising from this process that include the physical, emotional and socio-cultural aspects that need to be respected in the individuality and integrality of each human being can be positive in the regime in which submitted. Cross-sectional study, carried out with the application of the questionnaire with closed questions (multiple choices), obeying resolution CNS 466/2012 (CONEP, 2016), under the CAAE: 42581315.3.0000.0033. The objectives were to analyze the perception of the academics (health area and other areas) of a particular faculty on the pathways of childbirth. It was observed in the study that women feel the need to be heard at the time of choosing the way of delivery and there are still many with little or no information about the pathways and procedures in which they will undergo. We conclude that the health professional should be the educating and guiding agent in this process in which the women and their families pass by, making them wise so that at the moment they can make the correct choice together with the team that assists them.

**KEYWORDS:** cesarean delivery, normal delivery, perception.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do status de mulher, é um momento especial, repleto de sensibilidade e emoção, marcando profundas mudanças na vida da mulher, para o de mãe, e de seus familiares, permeando os valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. É quando se estabelece o primeiro encontro entre a mãe e o seu bebê (TOSTES; SEIDL, 2016).

O parto normal é de início espontâneo e de baixo risco. É o parto sem indução, porém, se usa analgesia com base no desconforto materno, na necessidade de reduzir a dor, o médico e/ou enfermeiro (a) obstétrico (a) simplesmente acompanha o parto, pois o ritmo do bebê e da mãe é respeitado e a recuperação é rápida (MONTEIRO et

al., 2017).

A Cesariana é uma alternativa médica utilizada em situações nas quais as condições materno-fetais não favorecem o parto vaginal (BRASIL, 2015).

Trata-se de uma intervenção cirúrgica com uso de anestesia peridural ou raque possibilitando que o bebê seja retirado do útero materno, em vez de nascer naturalmente, passando pelo colo do útero e vagina com o intuito de salvar a vida da mãe e/ou da criança. Nesse caso deixa de ser parturiente para ser uma paciente cirúrgica (BRASIL, 2014).

Graças aos avanços científicos, tecnológicos, a institucionalização na década de 40 e a medicalização da assistência dos partos caracterizados como de alto risco, resultaram na diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, levando a perda da autonomia da mulher na escolha do tipo de parto com o consequente aumento de medidas de intervenção relacionadas ao parto e ao nascimento (COPELLI et al., 2015).

O aumento da utilização destas intervenções muitas vezes desenvolvida de forma mecanizada, fragmentada e desumanizada, com o uso excessivo de práticas intervencionistas trouxe às mulheres sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutem em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, levando a Organização Mundial de Saúde, caracterizar o parto operatório como uma das práticas mais frequentes e utilizada de modo inadequada e desordenada. Porém, o aumento da frequência de cesárea não apresentou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascido (REIS et al., 2014). A cesariana está cada vez mais opondo aos objetivos pelos quais o Ministério da Saúde idealizou sendo realizada de modo indiscriminado aumentando assim os riscos de morbimortalidade materna e perinatal, altos custos associados com o procedimento e à ausência de impacto na redução das taxas de Perimortalidade (OLIVEIRA et al., 2016; NASCIMENTO, 2015).

Diante disso deve-se refletir sobre: que tipo de intervenção as mulheres estão preferindo parto normal ou cesariano? O que deve ser feito para que a opinião destas seja levada em consideração diante de uma gestação sem intercorrências?

Comparando o risco de morte materna, segundo o tipo de parto, vários estudiosos revelam que há maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas (VEGA et al., 2017).

As percepções negativas de algumas mulheres pela falta de qualificação na assistência que passam pelo momento importante de suas vidas que é o nascimento de um filho, ferindo assim o programa de humanização da assistência ao parto (PHPN) (PEREIRA et al., 2018).

O objetivo desse trabalho foi conhecer e analisar a percepção das acadêmicas de uma faculdade particular sobre vias de parto.

## 2 | MÉTODO

Tratou-se de um estudo de corte transversal, realizado com a aplicação do questionário com perguntas fechadas (múltiplas escolhas). A pesquisa foi realizada em uma instituição privada de Goiânia, Goiás. Os questionários foram aplicados em salas de aula, antes ou no intervalo das atividades acadêmicas, após serem informadas sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE.

A pesquisa foi realizada com 150 participantes dos cursos (Enfermagem, Psicologia, Farmácia) e 150 dos cursos (Administração, Gestão de Recursos Humanos e Ciências Contábeis).

A pesquisa iniciou após a aprovação e autorização pelo Comitê de Ética, obedecendo assim à resolução CNS 466/2012 (CONEP, 2016), sob o CAAE: 42581315.3.0000.0033.

## 3 | RESULTADOS

Neste estudo participaram 300 mulheres, estudantes matriculadas no período vigente, que atenderam aos critérios para seleção da amostra.

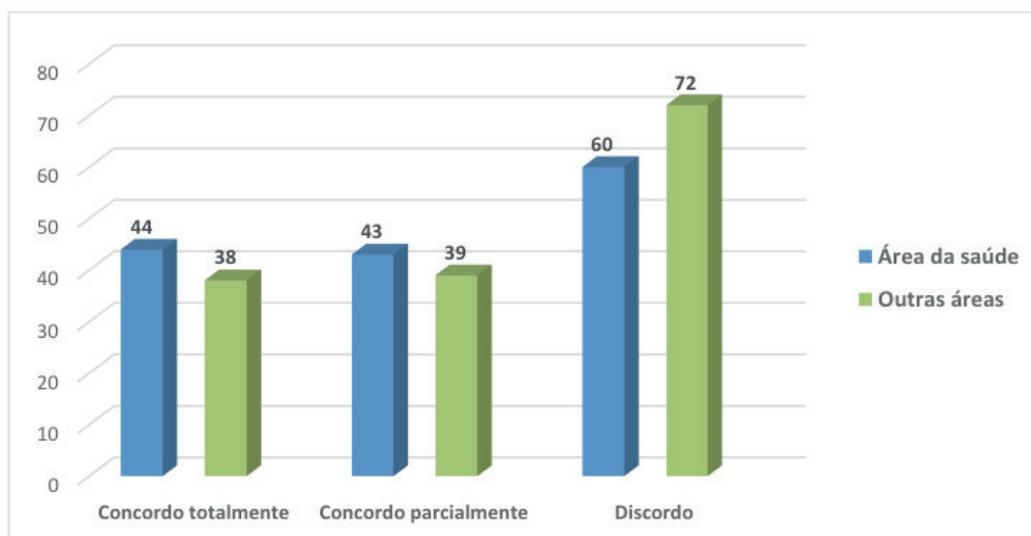
Tratou-se de um grupo de mulheres, das quais 132 (44%) estavam entre 18 e 25 anos e 211 (70,3%) ainda eram nulíparas. Em relação aos cursos matriculados 74 (24,7%) eram do curso de Enfermagem, 109 (36,3%) de Administração, 14 (4,7%) de Ciências Contábeis, 29 (9,7%) de Farmácia, 47 (15,7%) de Psicologia, e 27 (9%) de Recursos Humanos.

Com relação aos benefícios do parto normal encontramos que no *parto normal a relação entre mãe e filho tende a se estabelecer mais cedo, já que a mulher participa ativamente do nascimento*, 167 (55,8%) concordaram totalmente. *48 horas após o parto normal, poderei ir para casa com meu bebê*, 214 (71,3%) concordaram totalmente. *O parto normal é um processo fisiológico normal. Não há por que transformar isso num procedimento cirúrgico sem necessidade*, 127 (42,3%) concordaram totalmente. *Parto normal é mais seguro para a gestante e seu bebê*, 140 (47,0%). *No parto normal o bebê pode ser amamentado já na sala de parto e receber os primeiros carinhos da mãe, tornando ainda mais fortes seus laços afetivos*, 181 (60,3%) concordaram totalmente. *Recomendo o parto normal, porque é melhor para mãe e filho*, 167 (55,9%) concordaram totalmente. *Na Cesariana há maior risco de infecção materna e de o bebê ter problemas respiratórios*. 125 (42,2%) concordaram parcialmente. *Tenho medo da anestesia na Cesariana*, 120 (40,5%) concordaram totalmente. *A recuperação é mais lenta após o procedimento cirúrgico (Cesariana) do que no parto normal*, 232 (79,2%) concordaram totalmente. *Nas Cesarianas pré-agendadas, há maior prevalência de bebês prematuros em virtude da indução do trabalho de parto realizada antes da total maturidade fetal*, 134 (44,8%) concordaram parcialmente 58 (19,4%). (Tabela 1).

Questionamento às participantes	Concordo totalmente	Concordo Parcialm.	Discordo
<i>No parto normal a relação entre mãe e filho tende a se estabelecer mais cedo, já que a mulher participa ativamente do nascimento.</i>	167 (55,8%)	72 (24,1%)	60 (20,1%)
<i>48 horas após o parto normal, poderei ir para casa com meu bebê.</i>	214 (71,3%)	71 (23,7%)	15 (5,0%)
<i>O parto normal é um processo fisiológico normal. Não há por que transformar isso num procedimento cirúrgico sem necessidade.</i>	127 (42,3%)	109 (36,3%)	64 (21,3%)
<i>Parto normal é mais seguro para a gestante e seu bebê.</i>	140 (47,0%)	122 (40,9%)	36 (12,1%)
<i>No parto normal o bebê pode ser amamentado já na sala de parto e receber os primeiros carinhos da mãe, tornando ainda mais fortes seus laços afetivos.</i>	181 (60,3%)	81 (27,0%)	38 (12,7%)
<i>Recomendo o parto normal, porque é melhor para mãe e filho.</i>	167 (55,9%)	90 (30,1%)	42 (14,0%)
<i>Na Cesariana há maior risco de infecção materna e de o bebê ter problemas respiratórios.</i>	120 (40,5%)	125 (42,2%)	51 (17,2%)
<i>Tenho medo da anestesia na Cesariana.</i>	120 (40,5%)	76 (25,7%)	100 (33,8%)
<i>A recuperação é mais lenta após o procedimento cirúrgico (Cesariana) do que no parto normal.</i>	232 (79,2%)	43 (14,7%)	18 (6,1%)
<i>Nas Cesarianas pré-agendadas, há maior prevalência de bebês prematuros em virtude da indução do trabalho de parto realizada antes da total maturidade fetal.</i>	107 (35,8%)	134 (44,8%)	58 (19,4%)

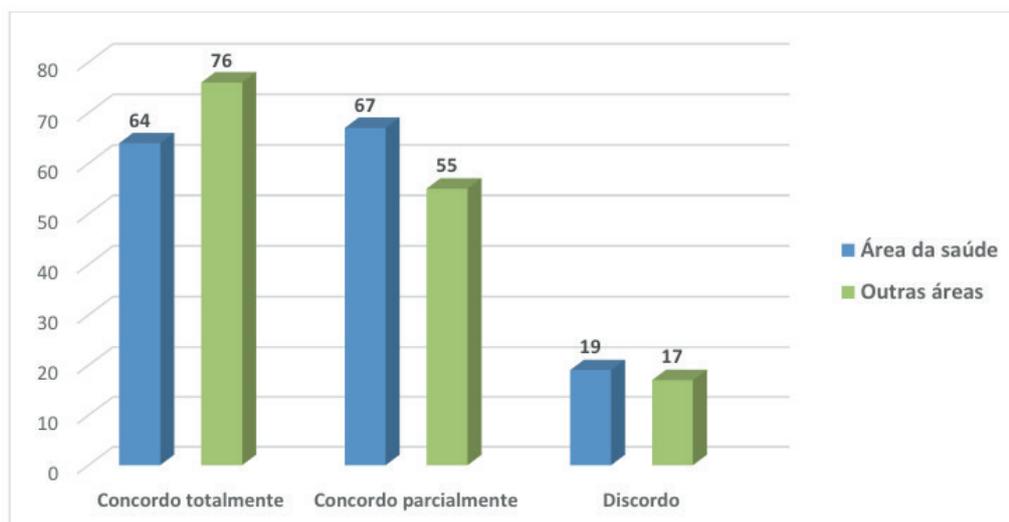
Tabela 1. Percepção quanto aos benefícios do parto normal. (n=300). Goiânia, GO.

Ao analisar a afirmação "*Recomendo a cesariana, porque no parto normal há possibilidade de sofrimento*", verificou-se que 44(29,9%) estudantes da área da saúde x 38(25,5%) de outras áreas concordaram totalmente com a afirmação, 43(29,3%) estudantes da área da saúde x 39(26,2%) de outras áreas concordaram parcialmente, e que 60(40,8%) estudantes da área da saúde x 72(48,3%) de outras áreas discordaram desta afirmação (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Recomendo a cesariana, porque no parto normal há possibilidade de sofrimento. (n=300). Goiânia, GO.

Ao analisar a afirmação "Parto normal é mais seguro para a gestante e seu bebê", verificou-se que 64(42,7%) estudantes da área da saúde x 76(51,4%) de outras áreas concordaram totalmente com a afirmação, 67(44,7%) estudantes da área da saúde x 55(37,2%) de outras áreas concordaram parcialmente, e que 19(12,7%) estudantes da área da saúde x 17(11,5%) de outras áreas discordaram desta afirmação. (Gráfico 2).



**Gráfico 2.** Parto normal é mais seguro para a gestante e seu bebê. (n=300). Goiânia, GO.

#### 4 | DISCUSSÃO

Alguns autores descrevem sobre o temor que as mulheres referem das dores do parto, sendo assim consideram o parto normal um processo doloroso (TOSTES; SEIDL, 2016). Buscam, portanto, o procedimento cirúrgico. Às vezes, o medo da dor vem do relato daquelas que passaram pelo parto normal. Isso contribui para

a percepção negativa do parto pélvico, tornando maior a procura pela cesárea (PROGIANTI; COSTA, 2012).

Identificou-se que as participantes do estudo são jovens em média com 26 anos, a grande maioria sem filhos, portanto com grande chance de engravidarem e refletirem sobre o próprio parto. Um Estudo descreveu que, do total de 448 mulheres submetidas à cesárea, 9,46% a fizeram por opção. Destas, a maioria estava na faixa etária entre 26 e 32 anos (52,94%). Do total 58,82% tinham o terceiro grau completo. Os resultados apontaram para a relação entre preferência por cesárea, maior grau de escolaridade e maior nível econômico (REIS et al., 2014).

Outra pesquisa descreveu que as participantes apresentavam na faixa etária entre 16 e 30 anos, com os seguintes grau de escolaridade: 24 gestantes (28,3%) possuíam apenas o primeiro grau completo, 34 (40,0%) havia completado o segundo grau e 11 (12,9%) incompleto e 10 (11,8%) o terceiro grau completo e 6 (7,0%) incompleto, a maioria preferiu parto vaginal normal (PVN), o que correspondeu a 90% das gestantes estudadas (LEÃO et al., 2013). Este resultado difere do encontrado nesta pesquisa realizada com participantes de nível superior (com maior número de participantes da área da administração seguidas pela Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Recursos Humanos e Ciências Contábeis).

Com relação à afirmativa que o *parto normal é um processo fisiológico e que não precisa transformar em uma cesariana* 42% das participantes descreveram que concordam totalmente e 71% concordaram com a frase *48 horas após o parto normal poderei ir para casa com meu bebê*. Pesquisa aponta (WEIDLE et al., 2014), que algumas mulheres preferem o parto normal, principalmente porque acreditam ter uma rápida recuperação e ser melhor para elas e/ou bebês e que a mulher deve ser encorajada a atuar como sujeito do evento, pois ela tem o direito de participar das decisões sobre o nascimento. Dessa forma, para humanizar o atendimento ao parto, é necessário conscientizá-las, discutindo quais as suas necessidades ou demandas, pois somente assim poderão reivindicar um cuidado melhor (CARVALHO et al., 2014).

Com relação à questão de que *é melhor o parto normal para mãe e bebê*, das 55,9% concordaram totalmente e 30,1% concordaram parcialmente, isso mostra que as acadêmicas estão bem informadas sobre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>3</sup>.

Nesta questão sobre o *risco de infecção ser mais comum na cesárea e o bebê ter problemas respiratórios* observa-se que das entrevistadas, 40,5% concordaram totalmente e 42,2% concordaram parcialmente. Mostrando, mais uma vez, o conhecimento das acadêmicas, pois segundo Carvalho et al. (2015), há relação direta entre a incidência de síndrome da angústia respiratória do recém-nascido e a cesárea. E que dentre as condições apresentadas durante a gravidez ou parto atual, estudos demonstraram que as infecções estiveram associadas à maior proporção de cesarianas a presença de hipertensão, eclampsia, doenças crônicas, altura uterina baixa para a idade gestacional, infecções de transmissão sexual e outras condições médicas (CARVALHO et al., 2015).

Outro estudo descreve também que a cesárea desnecessária eleva o risco de

complicações, como infecção, hemorragia e complicações para o bebê bem como a prematuridade e problemas respiratórios devido a imaturidade pulmonar, contribuindo com o aumento da mortalidade materna. Assim, com a redução das cesáreas poderia haver uma diminuição das mortes maternas, sendo incentivadas ao parto normal e melhoria na qualidade da atenção obstétrica (VELHO et al., 2014). Foi observado em relação ao *medo da anestesia na cesárea* que, 40,5% concordaram totalmente e um número relativamente menor de 33,8% participantes discordaram desta questão.

Ainda segundo Velho et al. (2014), o parto normal é mais seguro para a gestante e seu bebê em confronto ao parto Cesáreo, já que neste, há um risco maior de infecção e problemas com a anestesia. O bebê pode ter problemas respiratórios ou nascer antes do termo. Por isso, ela só deve ser realizada quando for para o bem da saúde materna ou do bebê.

Outro estudioso relata que o medo da dor esteve fortemente representado no imaginário das gestantes entrevistadas e com a proximidade do parto torna mais evidente sendo que outros fatores tornam mais angustiantes a elas como: medo do trabalho de parto; medo do desempenho e de comprometer o bem-estar fetal; medo da anestesia; medo do desconhecido, entre tantos outros. Isso tudo advém também das experiências de partos anteriores, se positivo tudo passa, mas se for negativo deixa marcas que reforçam o medo e as preocupações (DOMINGUES et al., 2014).

Com relação a afirmação *para não sentir dor prefiro a cesárea*, foi observado que 37,9% das pesquisadas concordaram totalmente e 25,8% concordaram parcialmente. Foi observado que, mesmo diante de estarem adequadamente informadas, as participantes consideram a possibilidade de optarem por cesárea em função da dor.

A maioria das mulheres que desejam realizar parto cesáreo, se justifica pela escolha devido ao medo de sentir dor. Por trás desse sentimento, há falta de esclarecimento por parte do médico sobre as vias de parto e a possibilidade de anestesia e analgesia em ambos os casos, que previne esse desconforto (MEDEIROS et al., 2015).

Em relação à *recuperação ser mais lenta após o procedimento cirúrgico que no parto normal* detectou-se que, 79,2% das acadêmicas concordaram totalmente com a pergunta. É apresentado por estudos que a mulher que passa por cesárea vivencia as dificuldades no período do puerpério imediato, principalmente com relação ao desconforto, dor na ferida operatória e dificuldade de mobilização (CÂMARA et al., 2016).

De acordo com Medeiros et al. (2015) a dor experimentada pelas mulheres no parto vaginal foi inesquecível e persistente durante todo o decorrer do trabalho de parto, mas que foi suportável. Em contrapartida na cesárea, as mulheres não sentiram dor no momento do parto, porém sentiram dor no pós-operatório. Desta forma o processo de parir está interligado à dor, refletindo em um aspecto negativo, podendo interferir de alguma maneira sobre a resolução do mesmo.

Outro questionamento em que as pesquisadas concordaram total ou parcialmente (80,6%) foi de que na *cesárea pré-agendada há maior prevalência de bebês prematuros devido à indução do trabalho de parto*, mostrando que os riscos da

cesárea são amplamente conhecidos pelas acadêmicas. Os estudos de Câmara et al. (2016), detectaram que os riscos da cesárea para o recém-nascido podem ser o de interromper prematuramente a gravidez devido a erro de cálculo da idade gestacional que pode levar a angústia respiratória. E que dados disponíveis sugerem que o risco de prematuridade não é apenas uma hipótese, mas um risco real para a cesariana eletiva sem indicação clínica.

Com relação da *recomendação da cesárea pelo sofrimento causado pelo parto normal*, detectou que 44,6% discordaram do referido.

Há referência que a tendência dos obstetras tem sido preferir parto normal a cesariana, tanto a pedido da gestante quanto por vantagens para eles próprios. A demanda da paciente por uma cesariana é sustentada no medo, na conveniência e na desinformação. Muitas vezes, a gestante receia as consequências do parto por via vaginal, por considerá-lo uma experiência arriscada. A mulher tem a ideia paradoxal de que o ato cirúrgico é um modo para evitar a dor (CÂMARA et al., 2016).

Algumas mulheres consideram que a dor do parto normal é a “pior dor sentida” e, muitas vezes, superior ao que esperavam (NASCIMENTO et al., 2015).

Outros dados encontrados estão condizentes com estudo realizado em maternidade pública, onde as mulheres referiram preferência pela cesárea, dadas as percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto (46,6%), críticas à forma “desumana” como o parto é conduzido e receio de não conseguir atendimento foram os aspectos mais citados para justificar a preferência pela cesárea (SOUZA; GUALDA, 2016).

Em relação ao questionamento *Parto normal é mais seguro para gestante e seu bebê*, foi observado que ambas as áreas concordaram totalmente. Segundo programa proposto por Silva et al. (2014), é importante, a partir dos relacionamentos estabelecidos entre as gestantes e os profissionais, fortalecer as habilidades e confiança da gestante para que ela possa analisar criticamente as informações e decidir conscientemente a condução do processo de nascimento. Contudo, para a efetivação da autonomia, os serviços precisam deixar de deter o poder sobre o processo de nascimento, e não mais, divulgar a ideia de que só eles podem garantir a segurança deste processo, mas confiar e valorizar os conhecimentos e potenciais da mulher (SILVA et al., 2014).

A oportunidade de trocar saberes e vivências sobre as etapas do processo de nascimento em grupos de gestantes, de se familiarizar com um ambiente parecido ao que poderá acontecer no parto, de expressar sentimentos e medos, conhecer experiências e refletir sobre situações semelhantes às suas, possibilita as gestantes, a construir coletivamente o conhecimento, fortalecerem seus recursos pessoais, reelaborarem suas compreensões sobre o processo de nascimento, escolherem alternativas saudáveis para vivenciar o processo, e ainda, terem subsídios para a superação de limitações e oportunidades para participar ativamente e com segurança (NASCIMENTO et al., 2018).

Contudo, embora as acadêmicas demonstrem bem informadas sobre os riscos do procedimento cirúrgico e dos benefícios do parto normal o receio de sentir dor

pode influenciar na opção pela cesárea. A clareza das informações sobre benefícios do parto normal não é tão evidente quando a acadêmica é estimulada a refletir sobre a preferência pelas vias de parto. As medidas de atenuação da dor do parto normal devem ser melhor divulgadas para que as mulheres não antecipem sua decisão influenciadas pelo medo do sentimento de dor. E as disponibilidades de informações sobre gestação e parto favorece a inclusão das gestantes no processo decisório, oportunizando a manifestação de sua autonomia em relação à via de parto

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto transformou-se, durante os últimos anos, de acontecimentos natural do sexo feminino, em um evento técnico e medicalizado, mitificando o parto vaginal numa ocorrência desconhecida e amedrontadora para as mulheres, sendo mais conveniente para os profissionais de saúde interferir na escolha da gestante.

Constatou-se também que a maioria das mulheres preferem o parto vaginal; no entanto, a falta de atenção humanizada e a indução levam, muitas vezes, estas a optarem pelo parto abdominal. Além disso, o despreparo das mulheres para o parto vaginal interfere diretamente no sistema emocional da gestante ou parturiente, diminuindo a confiança desta na capacidade de ser protagonista do seu parto. O parto pode e deve ser o momento de reafirmação da capacidade da mulher, mas o medo do parto vaginal se apodera dela e esse sentimento a impossibilita de acreditar em sua capacidade de parir. Assim, ela não consegue perceber as vantagens do parto vaginal e conclui que o “parto abdominal é melhor tanto para mãe quanto para o bebê”.

Assim sendo, a escolha pela via de parto merece atenção especial dos profissionais de saúde envolvidos no processo gestação/parturição visando a adoção de medidas que melhore a qualidade da assistência no parto e nascimento, com capacitação técnica continuada das equipes de saúde auxiliando e fortalecendo as mulheres em suas decisões neste momento ímpar de suas vidas, determinando assim um atendimento humanizado, pois as gestantes necessitam dessas orientações para que o momento do parto e puerpério, transcorram normalmente.

Recomenda-se que os resultados deste estudo sejam ampliados para além do cenário ao qual se desenvolveu, considerando os determinantes sociais da saúde dos sujeitos individuais e coletivos como base para o desenvolvimento e execução de políticas públicas de saúde, em consonância com os preceitos da Maternidade Segura.

A realização de estudos comparativos em diferentes instituições e municípios, a partir da mesma metodologia, pode encontrar outros resultados, contando com atenção emancipatória durante a parturição, numa perspectiva assistencial mais apropriada às mulheres, e elucidar os distintos fatores que influenciam na escolha da via de parto, para que mais mulheres sejam ouvidas e exerçam o direito de decidir como preferem dar à luz.

## REFERÊNCIAS

Tostes Natalia Almeida, Seidl Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas psicol.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Ago 07]; 24( 2 ): 681-693. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.

Monteiro Fernanda R., Buccini Gabriela dos S., Venâncio Sônia I., Costa Teresa H.M. da. Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2017 Out [citado 2018 Ago 07]; 93( 5 ): 475-481. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572017000500475&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000500475&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016>.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação. Brasília: Conitec. Comissão Nacional de incorporação de tecnologia no SUS; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesariana. Rio de Janeiro: ANS, 2014. Disponível em: . Acesso em: 04 abr. 2015.

Copelli Fernanda Hannah da Silva, Rocha Larissa, Zampieri Maria de Fátima Mota, Gregório Vitória Regina Petters, Custódio Zaira Aparecida de Oliveira. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 June [cited 2018 Aug 07]; 24( 2 ): 336-343. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>.

Reis Zilma Silveira Nogueira, Lage Eura Martins, Aguiar Regina Amélia Lopes Pessoa, Gaspar Juliano de Souza, Vitral Gabriela Luiza Nogueira, Machado Eliana Gonçalves. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2014 Feb [cited 2018 Aug 07]; 36( 2 ): 65-71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000200065&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200065&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200004>.

Oliveira Rosana Rosseto de, Melo Emiliana Cristina, Novaes Elisiane Soares, Ferracioli Patrícia Louise Rodrigues Varela, Mathias Thais Aidar de Freitas. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2016 Oct [cited 2018 Aug 07]; 50( 5 ): 733-740. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342016000600004>.

Nascimento Raquel Ramos Pinto do, Arantes Sandra Lucia, Souza Eunice Delgado Cameron de, Contrera Luciana, Sales Ana Paula Assis. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 [citado 2018 Ago 07]; 36( spe ): 119-126. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500119&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500119&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>.

Vega Carlos Eduardo Pereira, Soares Vânia Muniz Néquer, Lourenço Francisco Nasr Acácia Maria. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 07]; 33( 3 ): e00197315. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305016&lng=en). Epub Apr 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197315>.

Pereira Simone Barbosa, Diaz Claudia Maria Gabert, Backes Marli Terezinha Stein, Ferreira Carla Lizandra de Lima, Backes Dirce Stein. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 07]; 71( Suppl 3 ): 1313-1319. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>.

Progianti Jane Márcia, Costa Rafael Ferreira da. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras:

repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Aug 07]; 65( 2 ): 257-263. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>.

Leão Míriam Rêgo de Castro, Riesco Maria Luiza Gonzalez, Schneck Camilla Aleksandra, Angelo Margareth. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2018 Aug 07]; 18( 8 ): 2395-2400. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.

Weidle Welder Geison, Medeiros Cássia Regina Gotler, Grave Magali Teresinha Quevedo, Dal Bosco Simone Morelo. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. Cad. saúde colet. [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 Aug 07]; 22( 1 ): 46-53. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.

Carvalho, Adélia Cunha de, Magalhaes, Albênia de Castro, Medeiros, Andressa Silva de, Amorim, Fernanda Cláudia Miranda. Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal. R. Interd. v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. 2014. ISSN 2317-5079.

Carvalho, M. L. et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. R. Interd. v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015. ISSN 2317-5079

Velho Manuela Beatriz, Santos Evangelia Kotzias Atherino dos, Collaço Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Apr 13]; 67( 2 ): 282-289. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>,

Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Dias Marcos Augusto Bastos, Nakamura-Pereira Marcos, Torres Jacqueline Alves, d'Orsi Eleonora, Pereira Ana Paula Esteves et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 13]; 30( Suppl 1 ): S101-S116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE | Londrina | v. 16 | n. 2 | p. 37-44 | abr/jun. 2015

Câmara, Raphael , Burlá, Marcelo, Ferrari, José, Lima, Lana, junior, Joffre Amim, Braga, Antonio, Filho, Jorge Rezende. Cesariana a pedido materno. DOI: 10.1590/0100-69912016004002. Rev. Col. Bras. Cir. 2016; 43(4): 301-310

Câmara Raphael, Burlá Marcelo, Ferrari José, Lima Lana, Amim Junior Jofre, Braga Antonio et al . Cesariana a pedido materno. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Aug 07]; 43( 4 ): 301-310. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.

Souza Silvana Regina Rossi Kissula, Gualda Dulce Maria Rosa. A EXPERIÊNCIA DA MULHER E DE SEU ACOMPANHANTE NO PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [citado 2018 Ago 07]; 25( 1 ): e4080014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000100309&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100309&lng=pt). Epub 22-Mar-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>.

Silva, Susanne Pinheiro Costa, Prates, Renata de Carvalho Gomes, Campelo, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Doi: 10.5902/217976928861. ISSN 2179-7692 Rev Enferm UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):1-9

## RECORTE DA MORTALIDADE INFANTIL EM GOIÂNIA

**Thaynara Luciana Pereira**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Leiliane Sabino Oliveira**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Carlos Eduardo da Silva Nascimento**

Colégio Vitória

**Luiz Marcio Ribeiro da Silva**

Fundação UNIRG

**Ivan Pires de Oliveira Fonseca**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Gabriela Bandeira Araújo**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Bruna Karlla Pereira Paulino**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Emilly Gabriely Ribeiro Gomes**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Rosângela Addad Abed**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Anna Carolina Arantes de Oliveira**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Suellen Daniela Ferraz de Oliveira Alves**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

**Caroline Marinho de Araújo**

Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera

vivo evoluir para óbito. O estudo tem como objetivo conhecer o perfil da MI do município de Goiânia para o ano de 2015, e determinar a MI proporcional a Goiânia, segundo as variáveis maternas: idade da mãe e via de parto; e variáveis do RN: dias de vida, sexo e peso. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, relativo ao ano de 2015. As variáveis foram buscadas no banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), referentes aos óbitos infantis e (SINASC) Sistemas de Informação sobre Nascimentos em Goiânia em 2015. A consulta se deu de forma virtual, através do site do Ministério da Saúde, o DATASUS. Foram identificados, no município de Goiânia, 35.139 nascidos vivos e 701 óbitos neonatais que resultaram em um coeficiente de MI de 19,9 óbitos por mil nascidos vivos (NV), para o mesmo período no Brasil que em uma análise foi identificado 15 óbitos por 1000 NV, o que faz entender que a capital goianiense segue próximo aos indicadores nacionais. Portanto é necessário a divulgação destes dados visto a dificuldade de encontrar dados necessários para comparação em outros estados do país, tanto do perfil dos óbitos infantis quanto do perfil gestacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mortalidade infantil. Saúde Materno-Infantil. Políticas Públicas de Saúde.

**RESUMO:** A mortalidade infantil (MI) é resultante da associação de fatores biológicos, sociais, culturais e falha nos sistemas de saúde e representa um acontecimento indesejado e seu acometimento refere-se ao risco de um nascido

**ABSTRACT:** Infant mortality (IM) is a result of the association of biological, social, cultural and health system failure factors and represents an undesired event and its involvement refers to the risk of a live birth to die. The objective of this study is to know the MI profile of the municipality of Goiânia for the year 2015, and to determine MI proportional to Goiânia, according to the maternal variables: mother's age and birth path; and variables of the NB: days of life, sex and weight. This is an epidemiological, descriptive, cross-sectional study for the year 2015. The variables were searched in the database of the Mortality Information System (SIM), referring to infant deaths and (SINASC) Birth Information Systems in Goiânia in 2015. The consultation took place in a virtual way, through the website of the Ministry of Health, DATASUS. In the city of Goiânia, 35,139 live births and 701 neonatal deaths resulted in an MI coefficient of 19.9 deaths per thousand live births (NV), for the same period in Brazil, in which 15 deaths were identified 1000 NV, which makes it understand that the capital of Goiânia is close to the national indicators. Therefore, it is necessary to disclose these data because it is difficult to find data necessary for comparison in other states of the country, both the profile of infant deaths and the gestational profile.

**KEYWORDS:** Infant Mortality. Maternal and Child Health. Public Health Policy

### 1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) é resultante da associação de múltiplos fatores que variam de causas biológicas a irregularidades nos sistemas de saúde e as condutas para resolução dependem de mudanças no estilo de vida da população e melhorias nas ações de saúde pública. Representa um acontecimento indesejado para a saúde pública e seu acometimento refere-se ao risco de um nascido vivo evoluir para óbito; é representado pelo coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e a partir deste pode ser analisada a qualidade de saúde das populações e o acesso dos indivíduos ao sistema de saúde (CAVALCANTE et al., 2018).

O CMI é estudado dividindo os períodos em que os óbitos ocorreram em período neonatal precoce (número de óbitos, de crianças nascidas vivas, ocorridos até 6 dias de vida completos), período neonatal tardio (número de óbitos, de crianças nascidas vivas, ocorridos de 7 a 27 dias de vida completos) e período pós-neonatal (número de óbitos, de crianças nascidas vivas, ocorridos de 28 a 364 dias de vida completos) (BRASIL, 2009).

O valor gerado como resultado do cálculo do CMI pode ser fragmentado em alto - variando de 50/1.000 nascidos vivos ou mais; médio – entre 20 e 49/1.000 nascidos vivos e baixo – menores de 20/1.000 nascidos vivos. Os números gerados retratam a progressão tanto socioeconômico e ambiental, quanto a qualidade e o acesso aos serviços de saúde com cuidado voltado à população infantil, fornecendo assim bases

para análise das políticas de saúde empregadas para este fim (RIPSA, 2008).

Devido aos altos índices de óbitos infantis e maternos a redução da mortalidade faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio como compromisso firmado das nações unidas (ONU) para o alcance de patamares mais dignos da vida da população mundial já que reflete nas condições de vida dos indivíduos (United Nations, 2000).

Diante do supracitado, objetivou-se conhecer o perfil da mortalidade infantil no município de Goiânia, para o ano de 2015, segundo as variáveis: Idade da mãe, via de parto, dias de vida do RN, sexo do RN e peso do RN; junto a isto identificar o CMI para o período proposto.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, relativo ao ano de 2015. Foram levantados todos os óbitos infantis ocorridos no município de Goiânia bem como o total de nascidos vivos para o ano de 2015. A consulta de dados se deu de forma virtual, através do site do Ministério da Saúde, DATASUS, que disponibiliza os dados sobre mortalidade infantil do país. Especificamente, as variáveis maternas investigadas foram: Idade da mãe e via de parto; e as variáveis relacionadas ao RN foram: dias de vida, sexo e peso.

As variáveis foram buscadas no banco de dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), referentes aos óbitos infantis e (SINASC) Sistemas de Informação sobre Nascimentos. Os dados foram transcritos do DATASUS e processado no programa Microsoft Excel 2016. Os resultados estão apresentados em tabelas e figuras, com frequências absolutas e relativas.

Este artigo foi desenvolvido no Departamento de Enfermagem Uni Anhanguera na cidade de Goiânia, no ano de 2018. Por fazer uso de dados secundários, disponíveis para acesso público, não foi submetido à avaliação de nenhum Comitê de Ética em Pesquisa.

A Mortalidade Infantil proporcional (%), foram obtidas através do cálculo (ROUAQUAYROL, 2005; GORDIS, 2010):

$$\text{MP (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{óbitos por (Variáveis para 2015)}}{\text{Total de óbitos menores de um ano de 2015}} \times 100$$

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que estima o risco de morte em crianças menores de 1 ano de idade foi determinado através da fórmula:

$$\text{CMI} = \frac{\text{N}^\circ \text{óbitos por } < 1 \text{ ano em 2015 em Goiânia}}{\text{Total de nascidos vivos em Goiânia em 2015}} \times 1000$$

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste trabalho foram identificados, no município de Goiânia, 35.139 nascidos vivos e 701 óbitos neonatais que resultaram em um coeficiente de mortalidade infantil de 19,9 óbitos por mil nascidos vivos (NV), para o mesmo período no Brasil, De Oliveira et al. (2015) em uma análise identificou 15 óbitos por 1000 NV, o que faz entender que a capital goianiense segue próximo aos indicadores nacionais (BRASIL, 2015a, 2015b).

Conforme pode-se observar na tabela 1 houve predominância de óbitos no período neonatal precoce que correspondeu a 50.64% (n = 355), os óbitos no período pós neonatal representaram 24.40% (n = 171), a classificação que contou com menor número de óbitos foi a neonatal tardia que mostrou um resultado de 24.96% (n = 175), de um total de 701 óbitos infantis em Goiânia no ano de 2015.

Dias de vida	n (701)	%
0 – 6	355	50.64
7 – 27	175	24.96
28 – 364	171	24.40

Tabela 1. Mortalidade infantil, por residência, segundo dias de vida, no município de Goiânia para 2015.

Diante disso, dos 701 óbitos neonatais, 50.64% ocorreram no período neonatal precoce (Tabela 1), convergindo, segundo Junior et al. (2016), com o resultado encontrado no município de Ubá – MG, onde 79.31% dos óbitos também ocorreram no mesmo período do município de Goiânia.

Segundo a tabela 2, dos 701 óbitos infantis ocorridos no ano de 2015, 53.93% (n = 378) foram do sexo masculino, 45.79% (n = 321) foram do sexo feminino e apenas 0.28% (n=2) foram ignorados.

Sexo do RN	n (701)	%
Masculino	378	53.93
Feminino	321	45.79
Ignorado	2	0.28

Tabela 2. Mortalidade infantil segundo sexo do recém-nascido em Goiânia para 2015.

Do número total pode - se chamar atenção para a elevada taxa de óbito relacionado ao gênero masculino, 53,93% (Tabela 2). Gaiva, Fujimorim, Sato (2014), demonstraram que em Cuiabá - MT cerca de 63% dos óbitos também foram do sexo masculino, demonstrando que mesmo em estados diferentes o crescente número de óbitos relacionados ao sexo masculino é predominante.

Segundo Nascimento et al. (2012), o menor número de óbitos em RN do sexo

feminino ocorre devido ao amadurecimento precoce dos pulmões, fazendo com que o sexo masculino prevaleça com maior número de óbitos devido ao desenvolvimento pulmonar tardio.

A tabela 3 aponta que o maior índice de óbitos ocorreu em RN cujo peso foi entre 500 a 999 gramas representando 25.10% (n = 176), em seguida com maior número de óbitos foi entre 1500 a 2499 gramas com 19.70% (n = 138). O dado ignorado evidenciou 17.40% (n = 122), entre 1000 e 1499 foi de 11.12% (n = 78), entre 3000 e 3999 este número representou 10.85% (n = 76), e 10.70% (n = 75) de 2500 a 2999. Os pesos menores de 500 gramas, maiores de 4000 somaram 5.13% (n = 36), do total de 701 óbitos.

<b>Peso em gramas</b>	<b>n (701)</b>	<b>%</b>
< 500 g	31	4.42
500 – 999 g	176	25.10
1000 – 1499 g	78	11.12
1500 – 2499 g	138	19.70
2500 – 2999 g	75	10.70
3000 – 3999 g	76	10.85
≥ 4000 g	5	0.71
Ignorado	122	17.40

Tabela 3. Mortalidade infantil segundo o peso em gramas do recém-nascido, em Goiânia para 2015.

No que se refere ao peso ao nascer foram detectados tanto em Goiânia quanto em Ubá óbitos com peso entre 500 e 999 gramas, considerado baixo peso extremo, sendo notável que no primeiro as taxas foram de 25.10% enquanto no segundo de 58.62%, inferindo crescimento significativo de RN com baixo peso ao nascer implicando conseqüentemente no óbito dos mesmos (JÚNIOR et al., 2016).

No que se refere a via de parto, a tabela 4, representada abaixo mostra que o maior índice de mortalidade infantil foi o em cesáreas representando 47.65% (n = 334), em seguida foi o parto vaginal com 34.24% (n = 240) e por último ignorado somando 18.11% (n = 127).

<b>Tipo de parto</b>	<b>n (701)</b>	<b>%</b>
Vaginal	240	34.24
Cesário	334	47.65
Ignorado	127	18.11

Tabela 4. Prevalência de óbitos segundo tipo de parto, em Goiânia para 2015.

Em relação a variáveis associadas a gestação, verifica -se que a prevalência do parto foi cesariana 47.65%, convergindo o resultado ao município de Ubá que obteve 55.17% e divergindo do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda somente taxas entre 10% e 15% de cesarianas no total de partos do país (JUNIOR et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Houve prevalência dos óbitos infantis filhos de mães que tiveram a idade ignorada 21.82% (n = 153), conforme a tabela 5, posteriormente destacam-se predomínio de óbitos cujas mães possuíam idades entre 25 a 29 anos, 18.26% (n = 128), seguida de 20 a 24 anos que somou 18.12% (n = 127), entre 15 a 19 anos e 30 e 34 anos com 14.12% cada (n = 99), as outras faixas etárias maternas foram de 13.56% (n = 95).

Idade da mãe	n (701)	%
10 - 14	7	1
15 - 19	99	14.12
20 - 24	127	18.12
25 - 29	128	18.26
30 - 34	99	14.12
35 - 39	63	8.99
40 - 44	22	3.15
45 - 49	3	0.42
Ignorada	153	21.82

Tabela 5 - Mortalidade infantil segundo idade da mãe, em Goiânia para 2015.

Quanto as características maternas, observa -se que o maior número de óbitos está relacionado a idade ignorada 21.82% o que infere a subnotificação. Segundo Nicésio et al. (2018), no interior de Minas Gerais a idade da mãe predominante foi entre 20 – 29 anos; de acordo com o mesmo o perfil da idade materna sofreu modificações, em 2015 notava-se mães com idade entre 40 – 47, o que demonstra que as mulheres estão engravidando tardiamente devido ao empoderamento feminino no mercado de trabalho.

#### 4 | CONCLUSÕES

Com a análise dos dados podemos notar que o perfil dos recém-nascidos que evoluíram para óbito em Goiânia foram predominantemente no período neonatal precoce, do sexo masculino, com peso entre 500 - 999 g, cujo parto foi tipo cesáreo e a quanto a idade da mãe, foi ignorada.

A partir deste estudo nota-se a importância dos profissionais de enfermagem conhecer os indicadores para que seja estimulada a formulação de protocolos e a melhoria das políticas públicas direcionadas a área materno-infantil. É necessário conhecer o perfil da mortalidade não só nos municípios, pois é a partir deste que se dará o aperfeiçoamento onde se mostra necessário.

Nota-se a necessidade da divulgação destes dados visto a dificuldade de encontrar dados necessários para comparação em outros estados do país, tanto do

perfil dos óbitos infantis quanto do perfil gestacional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) 2015a.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10go.def>. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc) 2015b.** Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>. Acesso em: 18 fev. 2019.

CAVALCANTE A.N.M, et al. **Epidemiologia da Mortalidade Neonatal no Ceará no Período De 2005-2015.** *Revista Brasileira Promoção a Saúde*, v.31, n.4, p. 1-8, out./dez., 2018.

DE OLIVEIRA, C. M., DO BONFIM, C. V., & MEDEIROS, Z. M. **Mortalidade infantil e sua investigação: reflexões sobre alguns aspectos das ações da vigilância do óbito.** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 11, n.2, p.1078-1085, 2017.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORIM, E.; SATO, A. P. S. **Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer.** *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 48, n. 5, p. 778-86, 2014.

GORDIS, L. **Epidemiologia**, 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter, v. 371, 2010. 404 p.

JUNIOR, J.S.G. et al. **Perfil da mortalidade neonatal no município de Ubá/MG, Brasil (2008-2010).** *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. Vitória, v.18, n.3, p. 24-31, jul.-set., 2016.

NICÉSIO, M.G. et al. **Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais.** *Revista de Iniciação Científica da Libertas*. São Sebastião do Paraíso, v. 8, n.1, ago. 2018.

RIPSA. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**, 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 350 p.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. 2005. 744 p.

United Nations Millennium Declaration. UN, 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **WHO statement on caesarean section rates**. 2014.

## SÍFILIS CONGÊNITA, UM DESAFIO À SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO DA LITERATURA

### **Amanda Grippa Piffer**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória  
Vitória – ES

### **Carolina Fiorotti Tedesco**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória  
Vitória – ES

### **Ícaro Pratti Sarmenghi**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória  
Vitória – ES

### **Isabel Zago Vieira**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória  
Vitória – ES

### **Marcela Souza Lima Paulo**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória  
Vitória – ES

**RESUMO: Introdução:** A sífilis congênita (SC) é uma infecção sistêmica e crônica, transmitida via transplacentária, causada pelo *Treponema pallidum*. A abordagem desta doença é importante para a conscientização da população quanto à prevenção da sífilis em gestantes e em seus parceiros, promovendo melhorias na qualidade de vida e evitando gastos dos serviços públicos de saúde. **Objetivos:** Este

artigo tem como objetivo fornecer informações atuais sobre a sífilis congênita aos profissionais de saúde, a fim de melhorar o diagnóstico no pré-natal, prevenir a transmissão vertical e evitar as complicações relacionadas à doença. **Métodos:** Revisão da literatura fundamentada em artigos do PubMed e SciELO. Utilizou-se os descritores: Sífilis congênita e Transmissão vertical de doença infecciosa, fornecendo uma amostra final de 22 publicações. **Resultados:** A SC pode ser evitada ao tratar a gestante portadora de sífilis com penicilina durante seu pré-natal. Dificuldades existentes acerca dessa terapêutica são relacionadas à reinfecção na mãe tratada e má administração do sistema de saúde. Tratar a SC é dispendioso devido ao acometimento abrangente da doença, geradora de hospitalização prolongada, realização de exames onerosos e cirurgias. É uma doença de prevenção simples e acessível, contudo, sua incidência é constante, provocando altas despesas e estado de alerta para a saúde pública. **Conclusão:** Dados do Ministério da Saúde apontam a duplicação da incidência de sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2011 e 2016, apesar das metas do governo para reduzi-la. É um problema de origem multifatorial, porém passível de resolução, viabilizando uma prevenção de qualidade e controle da doença. **PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis congênita. Transmissão Vertical. Cuidado Pré-Natal.

**ABSTRACT: Introduction:** Congenital syphilis (CS) is a systemic and chronic infection, due to transplacental transmission by the *Treponema pallidum*. The approach of this disease is important for the population's awareness of the prevention of syphilis in pregnant women and their partners, reducing its incidence, promoting improvements in the quality of life and avoiding the onerousness of public health services. **Aims:** This article aims to provide current information about the disease to health professionals in order to improve prenatal diagnosis, prevent vertical transmission and avoid complications related to SC. **Methods:** Review of literature based on articles from PubMed and SciELO. The descriptors used were: congenital syphilis and vertical transmission of infectious disease, providing a final sample of 22 publications. **Results:** CS can be avoided by treating the pregnant woman with syphilis with penicillin during her prenatal care. Existing difficulties regarding this therapy are related to reinfection in the treated mother and poor administration of the health system. Treating CS is costly due to the comprehensive disease involvement, which generates prolonged hospitalization, expensive exams and surgeries. It is a simple and affordable prevention disease, however, its incidence is constant, causing high costs and becoming a public health alert. **Conclusion:** Despite the government's goals for the reduction of CS, data from the Ministry of Health indicate that the incidence of CS in Brazil doubled between the years 2011 and 2016. It is a problem of multifactorial origin that is capable of resolution, enabling a quality prevention and control of the disease.

**KEYWORDS:** Congenital Syphilis. Vertical transmission. Prenatal care.

### 1 | INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é uma afecção infecciosa sistêmica e de evolução crônica, que ocorre devido transmissão via transplacentária, sendo o agente causador uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, cujo único hospedeiro é o homem. (DE LORENZI, 2009, 2016). Tal doença ainda que passível de prevenção, principalmente pela assistência pré-natal, vem ocupando um lugar de destaque no mundo, particularmente em países em desenvolvimento (CUNHA e col., 2016).

Uma deficiência nesta assistência leva à ocorrência de falhas no tratamento de gestantes com sífilis, fato que pode resultar em um aumento no número de casos da SC. O diagnóstico e o tratamento da sífilis materna e seu controle de transmissão são singelos quando comparado aos da sífilis congênita, que são mais complexos e envolve o prolongamento da hospitalização bem como a realização de exames mais dispendiosos, o que pode acarretar danos individuais, desestruturação familiar e custos adicionais ao sistema de saúde (MS, 2017).

A qualidade da assistência à gestação e parto é um fator essencial na redução

das taxas de transmissão vertical da sífilis. Dessa forma, o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros (CAMPOS e col., 2010). Além disso, elevadas taxas de sífilis congênita no Brasil tornam questionáveis a qualidade da atenção da assistência pré-natal no país (DE LORENZI, 2009).

O estudo e a abordagem desta doença tornam-se importantes mediante seus fatores sociais e econômicos para, principalmente, a conscientização da população quanto à prevenção da sífilis paterna e materna, bem como para melhorias na qualidade de vida das famílias, buscando evitar a oneração dos serviços dos serviços públicos de saúde.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a sífilis congênita e fornecer informações atuais sobre a doença aos profissionais de saúde, a fim de melhorar o diagnóstico no pré-natal, prevenir a transmissão vertical e evitar as complicações relacionadas a SC.

## 2 | MÉTODO

Esta revisão sistemática descritiva foi desenvolvida com produção científica publicada nas bases eletrônicas de dados PubMed e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram trabalhos publicados em português e inglês, com a temática de sífilis congênita e transmissão vertical, sendo excluídos trabalhos com tema não centrado nessa temática.

Dessa forma, foram selecionados artigos a partir da análise do resumo, palavra-chave, área de conhecimento e data de publicação. Foram utilizados os descritores: "Sífilis congênita" e "Transmissão vertical de doença infecciosa", gerando 212 artigos que, após exclusão de trabalhos com foco divergente desse estudo, estabeleceu-se uma amostra final de 22 artigos, publicados nos últimos 12 anos.

A referência foi complementada com livros-textos e outros artigos, que apresentaram informações complementares para suporte no entendimento do assunto e sua aplicabilidade em diversas áreas do conhecimento. Após o levantamento, procedeu-se a análise dos dados, com subsequente elaboração da revisão.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis congênita é resultante da disseminação hematogênica do *T. pallidum* a partir da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. (MS, 2005; 2017).

A história dessa doença se inicia em 1530 com a vida de *Syphilus*, narrada pelo poeta e médico Girolamo Fracastoro. O personagem era um pastor que não fez sacrifícios ao Deus Sol e, por isso, foi punido com feridas no corpo, o que originou o

termo sífilis. A hipótese de que a doença era transmitida por pequenas partículas foi levantada pelo poeta que as chamou de “*seminariacontagium*” ou “vírus”. Por alguns séculos esta ideia não foi considerada, passando a ganhar crédito apenas no final do século XIX, com Pasteur (MATTHES, 2012)

No final do século XV, devido à liberalização dos costumes e ao advento da modernidade e das guerras, uma epidemia de sífilis varreu a Europa. A sífilis se transformou em uma pandemia, com um quadro clínico agudo, e foi descrita por muitos autores na passagem para o século XVI. <sup>[7-10]</sup> Em 1905, Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman descobriram o micro-organismo responsável pela doença e o denominaram *Spirochaetapallida*, que posteriormente foi titulado *T. pallidum*.

Na década de 40 a penicilina foi introduzida como tratamento da sífilis, gerando uma redução de casos nos países desenvolvidos. Pensou-se que o advento da penicilina resultaria no desaparecimento da sífilis, entretanto, ainda que o *T. pallidum* continue sensível a este antibiótico, a patologia continua a afetar milhões de pessoas no mundo inteiro, principalmente a sífilis congênita. (MATTHES, 2016; SPARLING, 1993).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o projeto de eliminação da SC na década de 90, visando reduzir drasticamente os casos de sífilis congênita para um a cada mil nascidos vivos, porém esta ainda não foi atingida (MS, 2017).

### 3.1 Fator social e paradigmas

O elemento social da doença é marcante, já que a sífilis congênita provém de uma doença sexualmente transmissível (DST) e acarreta inúmeros danos sociais, bem como sanitários e econômicos, gerando grandes repercussões para população, sobretudo para mulheres e crianças. (MS, 2005)

Viana et al. <sup>[11]</sup>, em estudo sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil, afirmam que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de pobreza e a cobertura pré-natal, que consiste no principal meio de prevenção à doença cogitada. Essa informação sinaliza a influência dos fatores sociais sobre a doença.

Embora não seja uma doença restrita às camadas menos favorecidas, pesquisas sinalizam que baixa escolaridade e baixa renda são marcadores importantes de menor acesso aos serviços de saúde. Por conseguinte, a assistência pré-natal inadequada contribui para a persistência da transmissão vertical da sífilis nessa população (RAMOS, 1998; KOMKA, 2007)

### 3.2 Dilemas éticos

Um dilema ético que permeia a sífilis, no geral, é relacionado à transmissão do diagnóstico à terceiros diretamente envolvidos, como, por exemplo, o parceiro sexual do paciente afetado, que está com sua saúde potencialmente em risco.

As informações prestadas por um paciente ao profissional de saúde devem

permanecer sob sigilo profissional, cabendo ao paciente a decisão autônoma de transmiti-las a alguém. Contudo, do ponto de vista jurídico, o sigilo deve ser rompido sempre que houver justa causa, já que esse rompimento não terá um fim em si mesmo, mas será um meio para um bem maior. (LEVI, 1998)

O conflito, para os autores, está na escolha entre proteger a saúde de uma pessoa ou proteger a privacidade de outra e, nesse caso, consideram que a proteção da vida e da saúde, inegavelmente, deve preponderar (CARVALHO, 2006). Ao mesmo tempo, é importante considerar que o profissional não tem o direito de revelar a outrem aquilo que lhe é confiado por seu paciente, sob pena de comprometer irremediavelmente a relação profissional. É de responsabilidade do profissional a ponderação do equilíbrio entre prejuízos e benefícios a que os pacientes possam estar expostos. (CARVALHO, 2006; LEVI 1998).

### 3.3 Epidemiologia e etiopatologia

Os fatores associados à ocorrência da sífilis congênita entre as gestantes foram a idade materna menor de 20 anos, a baixa escolaridade, o início tardio do pré-natal, a realização de menos de seis consultas pré-natais, a não realização do VDRL e o título do primeiro e último *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) igual ou superior a 1:8 (SANCHEZ, 2007).

A síndrome clínica da sífilis congênita pode ser precoce, surgindo até o segundo ano de vida, ou tardia, se manifestando após dois anos de idade. Ambas devem ser diagnosticadas por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo devido ao fato de a grande maioria delas serem assintomáticas ao nascimento, não existindo uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção infantil.

Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características dessa síndrome são má formação fetal, hepatomegalia, lesões cutâneas, periostite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada, feridas no corpo, alterações no desenvolvimento mental e cegueira (MS, 2007).

### 3.4 Transmissão

A transmissão pode ocorrer em qualquer estágio da doença na gestação por via transplacentária, sendo possível também a transmissão direta no canal do parto, podendo evoluir para aborto espontâneo, natimorto e óbito perinatal em cerca de 40% dos casos. No Brasil, estima-se que a prevalência média de sífilis em parturientes varie entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical em torno de 25%. (MS, 2017; 2015)

### 3.5 Assistência pré-natal

A assistência pré-natal é essencial para o controle e prevenção da sífilis congênita. Em média, 36% dos recém-nascidos com sífilis congênita não receberam qualquer tipo de assistência (MS, 2005), porém ainda assim é muito alta a incidência em mães que realizam o pré-natal, mas readquirem a bactéria (DE LORENZI, 2001; OLIVEIRA, 2011).

A falta de homens na procura por serviços de saúde é um fator que agrava a doença, já que pode ser um dos responsáveis pela transmissão vertical. A eles ainda está associado o descuido e preocupação incipiente com a condição de saúde (MAGALHÃES, 2013; OLIVEIRA, 2011). Pesquisas sugerem que existe uma dificuldade da relação do homem com o ambiente hospitalar devido a construção cultural, bem como por ser um espaço feminilizado, fato ainda mais evidente no contexto de assistência à gestante, por ser frequentado e composto por uma equipe predominantemente de mulheres (MAGALHÃES, 2013; OLIVEIRA, 2011; MS, 2008).

A qualidade da assistência à gestação e ao parto é um importante determinante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis, uma vez que o controle da doença tem como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado de gestantes e parceiros (MS, 2005; CAMPOS, 2010)

### 3.6 Prevenção

A sífilis na gestante é considerada adequadamente tratada, afastando a possibilidade de infecção congênita, quando a mulher é medicada com penicilina nas doses apropriadas para a fase da infecção, o tratamento é finalizando em pelo menos trinta dias antes do parto e o seu parceiro é tratado concomitantemente com o mesmo esquema terapêutico da gestante, sendo todo este controle feito durante a assistência pré-natal.

Há apenas um antibiótico indicado no tratamento de mulheres grávidas com sífilis, a penicilina G benzatina (BPG), que tem sido usada há mais de 70 anos sem apresentar indícios de resistência ao *T. pallidum*. Além disso, a liberação lenta de penicilina G é altamente eficaz contra a sífilis, principalmente se iniciada antes da 21<sup>a</sup> semana de gestação, evitando possíveis efeitos adversos da transmissão materna (GUINSBURG & SANTOS, 2010; WENDEL, 2002; BERMAN, 2004).

### 3.7 Tratamento

A conduta a ser adotada baseia-se em quatro aspectos: diagnóstico adequado, ajuste do tratamento para sífilis, evidência clínica, laboratorial e radiográfica da sífilis no recém-nascido e comparação da titulação do teste VDRL materno com o teste do conceito na ocasião do parto (MS, 2017).

Todos os recém-nascidos de mães inadequadamente tratadas devem ser

submetidos ao exame físico, ao VDRL, ao hemograma completo, ao estudo radiográfico de ossos longos e à punção lombar para estudo do líquido cefalorraquidiano (AVELLEIRA, 2006).

No recém-nascido, o esquema terapêutico depende dos achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, variando desde uma aplicação única de penicilina cristalina até esquemas com doses diárias de penicilina cristalina por dez dias (MS 2017). De acordo com o quadro clínico do recém-nascido, haverá dependência de acompanhamento contínuo de feridas e bolhas na pele, casos de surdez, cegueira, problemas ósseos e neurológicos ou mortalidade, principalmente neonatal.

### 3.8 Exame de imagem

Tendo em vista a frequência e o aparecimento precoce das alterações ósseas, a avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica (AVELLEIRA, 2006). Os sinais de envolvimento da metáfise e da diáfise dos ossos longos como a tíbia, fêmur e úmero, são encontradas em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita recente. Ainda que a utilização das alterações radiológicas como critério diagnóstico em crianças assintomáticas apresente uma sensibilidade desconhecida, é relevante a realização desta avaliação nos casos suspeitos de sífilis congênita, visto que entre 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados as imagens radiológicas podem ser a única alteração (MS, 2017).

### 3.9 Diretrizes da atenção básica de saúde

Ainda que tenha sido estabelecida a meta de um caso para cada mil nascidos vivos em 1993, os casos de sífilis congênita no país aumentam a cada ano. <sup>[1]</sup> No ano de 2013 houve incidência média de 4,7 casos para cada mil nascidos vivos, um aumento de 247,3% quando comparado ao ano de 2005 (1,9) (MS, 2005; AVELLEIRA, 2006; MS, 2015).

A rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) oferece por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) todo o acolhimento e assistencialismo para o pré-natal. Entretanto, a falta de estrutura de algumas unidades, bem como dificuldades de obtenção de exames e medicamentos (penicilina) (SHIMIZU, 2016) associados à má administração destes na unidade básica, contribuem para o menor índice de resultados positivos do acompanhamento pré-natal e influenciam no aumento da incidência de casos de sífilis congênita (AMARAL, 2012).

## 4 | CONCLUSÃO

O estudo indicou que houve um aumento significativo da transmissão transplacentária da sífilis e da incidência da sífilis congênita nos últimos anos, em

decorrência das falhas políticas de assistência pré-natal e do tratamento inadequado dos doentes, apesar de ser uma doença detectável por testes rápidos e tratada com penicilina, um medicamento de baixo custo à rede de saúde.

Esse cenário agrava o quadro da saúde pública do Brasil, contribuindo para o gasto excessivo com tratamentos secundários e para uma taxa considerável de morte neonatal, que poderiam ser evitados. Dessa forma, é essencial que se perceba a importância de impedir a transmissão vertical desta doença, sendo o investimento no pré-natal de qualidade a maneira mais eficaz de prevenção.

## 5 | AUTORIZAÇÕES E RECONHECIMENTO

Todos autores deste trabalho autorizam a publicação deste material.

### REFERÊNCIAS

AMARAL, Eliana. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, p. 52-55, Feb. 2012.

ARAUJO, Cinthia Lociks de et al . Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 479-486, June 2012.

ARAUJO, Eliete da Cunha et al . Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 20, n. 1, p. 47-51, mar. 2006.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006

BERMAN, Stuart. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. **Bull World Health Organ.** 2004, 82:433–38.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al . Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 9, p. 1747-1755, Sept. 2010.

CARVALHO, Fernanda; ROCHA, Katia; D'ELIA, Paula; FONTOURA, Vaneza. Revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis a parceiros(as) sexuais: um dilema bioético? **J Bras Doenças Sex Transm.**; 2006;17(3):219-24; Jun. 2006.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 647-652, Dec. 2001

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAÚJO, Breno; GRAZZIOTIM, Leonardo; BASSO, Eliane. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS no período de 1998-2002. **J**

**Bras Doenças Sex Trans.** 17(1):5-9. 2006.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; FIAMINGHI, LC; ARTICO, GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **FEMINA.** 2009 Fev. 37 (2).

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

GUINSBURG, Ruth; SANTOS, Amélia Miyashiro Nunes. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. **Departamento de Neonatologia.** Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, Dez. 2010.

KOMKA, Maria Regina; LAGO, Eleonor Gastal. Sífilis congênita: notificação e realidade. **Scientia Medica.** 2007 Dez.; 17(4):205-211.

Levi GC, Barros AOL. Ética clínica: a AIDS como paradigma. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V. **Iniciação à Bioética.** Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos; KAWAGUCHI, Inês Aparecida Laudares; DIAS, Adriano; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2013 Jun.; 29(6):1109-1120.

MATTHES, Ângelo do Carmo Silva; LINO, Ana Paula Simielli; COSTA, Camila Abrão; MENDONÇA, Carolina Vasconcelos; BEL, Danilo Del. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. **Pediatr Mod.**[Internet] 2012 Abr.;48(4):149-54.

OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enferm Foco.** 2011; 2:108-11.

RAMOS, Filho C.; MAY, Silvia Beatriz. Aspectos históricos das doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde em Foco** 1998; 17: 5-11.

SANCHEZ, Pablo; Wendel, Geoge. Syphilis in pregnancy. **Clin Perinatol.** [Internet] 2007 Mar; 2007;24(1):71-90.

Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

SPARLING, P.F. Doenças Sexualmente Transmitidas. In: Wyngaarden, J.B.; Smith, L.H.; Bennett, J.C. **Tratado de Medicina Interna.** 19ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1993; 2:1798-1800.

WENDEL, George D. Jr.; SHEFFIELD, Jeanne S.; HOLLIER, Lisa M.; HILL, James B.; RAMSEY, Hill Patrick S; SÁNCHEZ, Pablo J.: Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. **Clin Infect Dis.** 2002. 35:S200-209.10.1086/342108.

## PRÁTICAS EDUCATIVAS NA SAÚDE DO HOMEM COM ENFOQUE EM DOENÇAS NEUROLÓGICAS

### **Lorena Cavalcante Lobo**

Universidade Federal do Amazonas, Manaus-  
Amazonas-Brasil

Enfermeira Residente no Hospital Universitário  
Getúlio Vargas

### **Camila Fernanda Pinheiro do Nascimento**

Universidade Federal do Amazonas, Manaus-  
Amazonas-Brasil

Assistente Social Residente no Hospital  
Universitário Getúlio Vargas

### **Suellen Moura Rocha Ferezin**

Universidade Federal do Amazonas, Manaus-  
Amazonas-Brasil

Enfermeira Residente no Hospital Universitário  
Getúlio Vargas

### **Carmen Silvia da Silva Martini**

Universidade Federal do Amazonas, Manaus-  
Amazonas-Brasil

Professora Doutora, da Universidade Federal  
do Amazonas. Coordenadora do Laboratório de  
Estudos em Neurociências e Comportamento.

Coordenadora do PRONEURO (Núcleo  
Multiprofissional de Reabilitação Neurofuncional).

**RESUMO:** A Saúde do Homem tem sido assunto amplamente discutido nos últimos anos, em especial após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Desta forma, este artigo objetiva relatar a experiência da atuação da enfermagem e do serviço social na implantação

de grupos educativos com homens em um projeto de extensão da Universidade Federal do Amazonas, PRONEURO. Os grupos foram realizados no ano de 2018, sendo utilizadas as rodas de conversas como metodologias para divulgação dos encontros. Estes ocorreram em número de cinco encontros, onde foram discutidos assuntos referentes a hipertensão arterial, alimentação saudável, o papel da equipe multiprofissional, as orientações para acesso a benefícios assistenciais e previdenciários e as redes sócio assistenciais. Ao término desta experiência foi possível compreender a percepção dos homens em relação ao cuidado à saúde, favorecendo a efetivação da PNAISH, promovendo melhorias na qualidade de vida da população masculina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do homem; Políticas de saúde; Reabilitação.

### EDUCATIONAL PRACTICES IN HEALTH OF MAN WITH AN APPROACH TO NEUROLOGICAL DISEASES

**ABSTRACT:** Human health has been widely discussed in recent years, especially after the creation of the National Policy on Comprehensive Health Care for Man (PNAISH). In this way, this article aims to report the experience of nursing and social work in the implementation of educational groups with men in an extension project of the Federal

University of Amazonas, PRONEURO. The groups were held in the year 2018, using the wheels of conversations as methodologies to publicize the meetings. These took place in a number of five meetings, where subjects related to hypertension, healthy eating, the role of the multiprofessional team, the guidelines for access to charity and social assistance were discussed. At the end of this experiment, it was possible to understand the men's perception regarding health care, favoring the implementation of the PNAISH, promoting improvements in the quality of life of the male population. Human health has been a subject widely discussed in recent years, especially after the creation of the National Policy of Integral Attention to the Health of Man (PNAISH). In this way, this article aims to report the experience of nursing and social work in the implementation of educational groups with men in an extension project of the Federal University of Amazonas, PRONEURO. The groups were held in the year 2018, using the wheels of conversations as methodologies to publicize the meetings. These took place in a number of five meetings, where subjects related to hypertension, healthy eating, the role of the multiprofessional team, the guidelines for access to charity and social assistance were discussed. At the end of this experiment it was possible to understand the men's perception regarding health care, favoring the implementation of the PNAISH, promoting improvements in the quality of life of the male population.

**KEYWORDS:** Men's health; Health policies, rehabilitation

## 1 | INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) possui ações que visam o cuidado integral à saúde do homem baseado nas suas necessidades (BRASIL, 2008).

As utilizações dos serviços de saúde pelos homens são diferentes daqueles feitos pelas mulheres, centraliza-se na assistência a agravos à saúde, na qual a procura por atendimento, em geral, acontece em situações extremas de emergência e/ou em nível especializado ou de urgência (MOURA *et al.*, 2014).

Desse modo, eles costumam adentrar aos serviços de saúde com intercorrências graves ou quando se veem impossibilitados de exercer seu papel de provedor, salienta-se que segundo a visão dos profissionais de saúde, os homens não buscam os serviços para fins preventivos (MOURA *et al.*, 2014).

Em relação aos agravos à saúde masculina, a literatura descreve que são mais vulneráveis às doenças, principalmente às crônicas (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Quanto as doenças crônicas, é possível relacioná-las a diversas causas múltiplas, que se inicia gradualmente e se manifesta de maneira indefinida na duração, se apresentando com um curso clínico que será alterado no decorrer do tempo, podendo gerar incapacidades ou déficits que ocasionam mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2013).

O envelhecimento populacional é real em muitas sociedades devido as alterações dos indicadores de saúde, como a taxa de fecundidade e taxa de mortalidade alargaram a expectativa de vida da população (BRASIL, 2006).

Desta maneira, podemos aclarar que o envelhecimento acarreta alterações no organismo do indivíduo e que pode evoluir para as doenças e agravos crônicos, requerendo acompanhamento frequente. Nessa condição crônica, é perceptível a manifestação, mais frequente, na idade mais avançada, como o Acidente Vascular Encefálico, Parkinson, Alzheimer entre outras doenças (BRASIL, 2006).

Assim sendo, se averigua o aumento das sequelas decorrentes das disfunções neurológicas em adultos devido ao envelhecimento populacional, à maior manifestação aos fatores de risco entre outros (NAVARRO; STOFFEL; NICKEL, 2013).

Conseqüentemente, se verifica a necessidade da aplicabilidade das ações de educação em saúde para sensibilizar e orientar, tanto o indivíduo quanto seu familiar para trazer visibilidade para a temática, visto que, os homens têm mais resistência para buscar atendimento nas unidades de saúde, não sendo captados pelos serviços de atenção à saúde.

Nesse sentido, a captação desses usuários representa um importante mecanismo para o acolhimento, a triagem e as orientações para acesso à rede de saúde, assim como para a rede de apoio com acesso a bens e serviços sociais (BRASIL, 2008).

Por conseguinte, este estudo objetiva relatar a experiência da atuação das residentes de enfermagem e serviço social nas práticas educativas com homens que possuem déficits neurológicos.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Estudo**

Este estudo se trata de um relato de experiência do tipo descritivo que tem a finalidade de demonstrar a realidade e não tem a finalidade de intervir ou explicar a situação em questão (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O relato de experiência retrata reflexões sobre uma vivência que o profissional está inserido de interesse para a comunidade científica, sendo um dos recursos, estratégias para a pesquisa descritiva (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Embasado nas atividades desenvolvidas como residente no programa de atenção integral na saúde funcional em doenças neurológicas do Hospital Universitário Getúlio Vargas/HUGV da Universidade Federal do Amazonas/UFAM, no período de abril a dezembro de 2018 no campo de prática PRONEURO – Núcleo Multiprofissional de Reabilitação Neurofuncional.

### **2.2 Aspectos Éticos e Legais**

Por se tratar de um relato de experiência teve dispensa do comitê de ética da

UFAM, foi mantido o anonimato dos participantes conforme os aspectos éticos disposto na resolução 466/2012 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

### 2.3 Caracterização do Campo de Prática

O **PRONEURO** é um programa de extensão institucionalizado em janeiro do ano de 2016, situado à Faculdade de Educação Física e Fisioterapia/UFAM, na Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos, 1200 - Coroado I, Manaus/AM, 69067-005, e desenvolvido no Laboratório de Estudos em Neurociências e Comportamento, Laboratório de Hidroterapia e Ginásio/FEFF, no Bloco C.

O objetivo do **PRONEURO** é promover a reabilitação multiprofissional de pacientes com déficit neurofuncional. A assistência à saúde é promovida por estudantes, professores e profissionais da saúde, tendo como caráter multiprofissional e interdisciplinar (Enfermagem, Assistente Social, Psicologia, Educação Física, Fisioterapia e Fonoaudiologia). Esses atendimentos são realizados também pelo programa de atenção integral na saúde funcional em doenças neurológicas do Hospital Universitário Getúlio Vargas/HUGV da Universidade Federal do Amazonas/UFAM, sem o profissional da Fonoaudiologia.

## 3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA E RESULTADOS

O PRONEURO por ser um projeto de extensão da Universidade Federal do Amazonas/UFAM, tem por objetivo reabilitar pacientes com déficit neurofuncional resultante de patologias neurológicas diversas, sendo elas: esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, pós-acidente vascular cerebral, paraparesia espástica tropical, ataxias dentre outras, onde os públicos-alvo foram pacientes adultos encaminhados pelo setor de neurologia do Ambulatório Araújo Lima/UFAM.

A apresentação da equipe de residentes para a equipe do PRONEURO foi em março de 2018, expondo como cada profissão realiza seu trabalho na prática. Diante desta, foi abordado o papel da enfermagem e do serviço social no contexto da reabilitação, na equipe multiprofissional, bem como cada área atua frente à reabilitação.

Quanto à apresentação para os pacientes e familiares, decorreu através de uma abordagem individual com cada um deles e, a partir desse primeiro contato foi apresentado uma proposta de trabalho.

Posteriormente, foi realizada a observação do campo prático das residentes e consulta à ficha de atendimento da enfermagem e do serviço social. E, após a confirmação de aceito do paciente, aplicamos a entrevista, envolvendo um processo de escuta com os pacientes/familiares, o preenchimento da ficha de avaliação (enfermagem e serviço social), a partir da análise dos dados, foram às feitas intervenções (orientações) para o paciente e sua família.

Em seguida, construímos um cronograma com as temáticas que foram trabalhadas com os pacientes e seus familiares nos dias de atendimento do PRONEURO, abordando a hipertensão arterial, alimentação saudável, o papel da equipe multiprofissional, as orientações para acesso a benefícios assistenciais e previdenciários e as redes sócios assistenciais por meio das rodas de conversa, dinâmicas de grupo, apresentação audiovisual para auxiliar na compreensão das patologias.

O tempo de cada encontro foi de 45 minutos, nos dias de terças e quintas-feiras, no período da manhã e, durante as rodas de conversas os participantes foram convidados a participar, para relatar suas experiências, dúvidas sejam sobre a patologia, os cuidados em saúde, os benefícios, bem como compartilhar os conhecimentos a cerca destas e suas consequências de seu abandono.

Nessa oportunidade, os participantes fizeram questionamentos sobre o sistema de saúde, relataram estar insatisfeitos com a atenção recebida, o que propiciou reflexões acerca da importância de discutir essa temática em um dos encontros. Após o término de cada encontro esses relataram suas experiências sobre os assuntos, compartilhavam suas vivências seja no ambiente domiciliar e na utilização da rede de saúde.

Ainda, através da educação em saúde, objetivamos sensibilizar e orientar tanto o indivíduo quanto seu familiar, e nesse processo de escuta ativa, nos primeiros contatos, foram estabelecidos vínculos com o binômio paciente/família.

Perante essas ações, é possível declarar a relevância de envolver o paciente e sua família em todas as decisões sobre seu tratamento, visto que isso proporciona a construção de um relacionamento baseado na confiança e no (re) estabelecimento de vínculos.

Por conseguinte, elucidamos que o desenvolvimento das atividades oferecidas no PRONEURO se caracteriza como significativa para saúde neurofuncional na cidade de Manaus/AM, visto que os serviços de reabilitação oferecidos pelo programa suprem uma necessidade existente na cidade, disponibilizando a sociedade civil um espaço qualificado, além de um atendimento especializado com a equipe multiprofissional que, ao se inserir no programa, busca de forma conjunta atuar na perspectiva interdisciplinar e desta forma auxiliar os pacientes no processo de reabilitação.

#### **4 | CONCLUSÃO**

O cuidado com a saúde, principalmente do público-alvo das atividades apresentadas nesse relato, é de suma importância para fomentar a estudos e discussão de âmbito local, regional, nacional e internacional.

A experiência permitiu refletir sobre a importância do desenvolvimento de práticas educativas no intuito de promover o protagonismo e o autocuidado desses sujeitos.

Assim como a prática relatada foi duplamente valiosa, potencializou o desenvolvimento do vínculo profissional e usuários, no intuito de estimulá-los a procurar mais dos serviços de saúde e de torná-los protagonistas no desenvolvimento de cuidados e manutenção da sua saúde.

Nesse sentido, o estímulo de práticas voltadas para ações de educação e saúde são imprescindíveis, tanto para promover e divulgar informações importantes que auxiliem no cuidado a saúde, como para estreitar os laços entre equipe de saúde e usuário, fazendo com que os serviços de saúde atendam não só a demanda aparente mais proporcione um cuidado completo aos usuários.

Partindo desse pressuposto, as atividades tanto realizadas pela equipe de educadores físicos como pela equipe de fisioterapia são essenciais para a garantia da reabilitação dos sujeitos. Assim como, as atividades propostas por outros profissionais como a psicologia, enfermagem e serviço social articuladas, garantem um cuidado amplo e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

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, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral ao homem: princípios e diretrizes** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 08 maio 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)

Brasil. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Gerhardt Tatiana Engel; Silveira, Denise Tolfo Silveira. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

CAVALCANTE Bruna Luana Lima, LIMA Uirassú Tutinambá Silva. **Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas**. J Nurs Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;1(2):94-103.

KNAUTH DR, Couto MT, Figueiredo WS. **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**. Cien Saude Colet 2012; 17(10):2617-2626.

NAVARRO, Elaine Janeczko; STOFFEL, Diane Priscila; NICKEL, Renato. **A independência funcional e a manutenção dos papéis ocupacionais em sujeitos com sequelas neurológicas**. Cogitare enferm., Curitiba , v. 18, n. 4, p. 676-681, dez. 2013 . Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362013000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000400007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08

maio 2019.

Moura, Eryl Catarina de et al. **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 02 [Acessado 8 Maio 2019], pp. 429-438. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica.** *Saúde soc.*, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 415-428, June 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>

## AÇÕES COMPLEMENTARES AO CUIDADO DO PACIENTE ESTOMIZADO FRENTE ÀS COMPLICAÇÕES MAIS PREVALENTES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

### **Daniela Alencar Vieira**

Enfermeira Estomaterapeuta e especialista em Saúde da Família, membro de Comissão de Feridas na Atenção Primária em Saúde, em Salvador-BA (daniela.alencarv@hotmail.com).

### **Roseanne Montargil Rocha**

Enfermeira Estomaterapeuta TiSobest, Pós-doutorado e Doutorado em Ciências da Saúde, docente plena da Universidade Estadual de Santa Cruz. Líder de grupo de pesquisa Cnpq. (rmrocha@uesc.br).

### **Adelaide Carvalho de Fonseca**

Enfermeira Estomaterapeuta, atuando no SAMU 192 e Hospital Geral do Estado da Bahia, Mestre em Enfermagem na área de Atenção à Saúde do Adulto. Experiência de 21 anos trabalhando com estomizados em centro de referência do estado da Bahia. (adelaide1970@yahoo.com.br)

### **Kárita Santos da Mota**

Enfermeira Estomaterapeuta, docente do Instituto Federal de Rondônia (karitamota@outlook.com).

### **Poliane Oliveira Carvalho**

Enfermeira Estomaterapeuta e especialista em Nefrologia (poliane\_carvalho@yahoo.com.br).

### **Úrsula Oliveira Calixto**

Enfermeira Estomaterapeuta e Auditora (ursulaoliver@gmail.com).

procedimento é potencialmente acompanhado de complicações que são subestimadas. Grande parte delas poderia ser evitada com a demarcação da estomia, técnica cirúrgica adequada e com a manutenção de alguns cuidados pós-cirúrgicos. (PAULA et al, 2014). Atuando no ambulatório de referência à pessoa com estomias, durante estágio curricular do Curso de Pós- Graduação em Estomaterapia, decorrido entre Abril e Maio de 2017, observou-se uma demanda importante de complicações estomais, tais como: hérnia paracolostomica, prolapso, dermatites. Nesse período o centro de referência atendia cerca de 3.000 usuários tendo, na sua grande maioria, representantes comparecendo à consulta de enfermagem e para o recebimento dos equipamentos. Tal situação impacta diretamente na assistência, pois mesmo realizando orientação verbal, de forma clara, objetiva e com uso de moldes e dispositivos para manipulação do representante, urgiu a necessidade da criação de um impresso específico para as principais e mais frequentes complicações. Com o objetivo de fidelizar e assegurar que as orientações de enfermagem serão repassadas ao usuário ou ao seu cuidador, com o menor ruído possível e de maneira uniforme, caracterizando-se ainda como material de consulta, quando necessário. É importante que sejam viabilizadas estratégias como essa, que minimizem as complicações,

**RESUMO:** A confecção de um estoma é um procedimento cirúrgico, realizado na maioria das vezes em situações de emergência. Tal

pois sejam elas precoces ou tardias, provocam impacto na imagem corporal da pessoa com estomia, dificultando sua inserção nas atividades de vida diária e a sua reabilitação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estomias, Cuidados de Enfermagem, Qualidade de vida.

## ADDITIONAL ACTIONS TO THE CARE OF THE PATIENT STOMIZED IN FAVOR OF THE MOST PREVALENT COMPLICATIONS IN A REFERENCE CENTER

**ABSTRACT:** The manufacture of a stoma is a surgical procedure performed most often in emergency situations. Such a procedure is potentially accompanied by complications that are underestimated. Most of them could be avoided with the demarcation of the omentum, adequate surgical technique and the maintenance of some post-surgical care. (PAULA et al, 2014). During the course of the post-graduation course in Stomatherapy, between April and May 2017, an important demand was observed for stomatal complications, such as: paracolostomy hernia, prolapse, dermatitis. During this period, the reference center served around 3,000 users, most of whom attended the nursing consultation and received the equipment. This situation has a direct impact on the care, since even verbal guidance, in a clear and objective manner and using molds and devices to manipulate the representative, urged the need to create a specific form for the main and most frequent complications. With the objective of ensuring that the nursing orientations are passed on to the user or to their caregiver, with the lowest possible noise and in a uniform manner, they are also a reference material, when necessary. It is important that strategies such as these, which minimize complications, be they early or late, impact the body image of the person with the stoma, making it difficult to insert them into daily life activities and their rehabilitation

**KEYWORDS:** Nursing care, Quality of life.

## 1 | INTRODUÇÃO

A palavra estoma é de origem grega (*stoma*) e significa boca ou abertura. É, portanto, um procedimento cirúrgico no qual é realizada uma abertura para conectar um órgão interno à superfície do corpo. Podem ser permanentes ou temporárias e são realizadas em alguns sistemas do corpo, como no aparelho respiratório, no sistema digestivo ou no sistema urinário (SCHMELZER, 2013; QUEIROZ, et al, 2017).

Dentre as estomias de alimentação temos as gastrostomias e as jejunostomias, realizadas no estômago e no jejuno respectivamente. Quanto às estomias de respiração, podemos citar a traqueostomia, em que se realiza uma abertura no 3º ou 4º anel da traqueia. Já, as estomias de eliminação podem ser realizadas no sistema urinário ou no sistema digestivo (OLIVEIRA, 2016).

Quando uma estomia é realizada no sistema urinário, é comumente chamada de derivação urinária e podem designar-se de nefrostomia, ureterostomia e cistostomia. Quando a estomia é realizada no sistema digestivo, o estoma recebe o nome de

acordo com a porção intestinal em que foi realizado o procedimento: ileostomia, realizado no intestino delgado e colostomia, realizada no intestino grosso (POTTER et al, 2013).

A presença de uma estomia gera desconforto físico, social e emocional na pessoa, dessa forma, é necessário que o mesmo seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar, visto que a estomia precisa de cuidados constantes e existe uma dificuldade da pessoa aceitar a nova situação, prejudicando o aprendizado e o autocuidado (ALMEIDA; SILVA, 2015).

Para que essa assistência seja prestada de forma continuada é necessário que as políticas públicas garantam o atendimento às pessoas com estomias em todos os níveis, proporcionando, portanto, a integralidade da atenção.

Dessa forma, no ano de 2002, em 02 de junho foi aprovada a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência, através da Portaria MS/GM nº 1006, reconhecendo a pessoa com estomia como portadora de deficiência, pois na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto pessoal, quanto social isso é considerado como deficiência (BRASIL, 2002).

Entretanto, após o decreto, os avanços foram poucos, e a atenção à pessoa com estomia era limitada e longe de ser integral. Então, em 16 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 400, estabeleceu Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas, no âmbito do SUS (MORAES, 2014; BRASIL, 1999, 2009).

Esta portaria assegura às pessoas com estomias atenção integral, garantindo fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Além disso, define os fluxos de referência e contra-referência, estabelecendo que a atenção à saúde das pessoas com estoma seja realizada na atenção básica e nos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas (SASPO) (BRASIL, 2009).

Na atenção básica, serão realizadas ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias. Os SASPO serão classificados em SASPO I e SASPO II. No SASPO I, deverá acontecer ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. No SASPO II, deverão ser realizadas todas as atividades do SASPO I, acrescentando a capacitação de profissionais (BRASIL, 2009).

Ademais, a portaria define que o SASPO I deverá dispor de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social. Enquanto o SASPO II deverá dispor, de no mínimo, um médico, um enfermeiro (com capacitação em assistência às pessoas com estoma), um psicólogo, um nutricionista, um assistente social (BRASIL, 2009).

A partir desta portaria, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, devem cumprir as diretrizes estabelecidas, adequando-

as às necessidades locais, sendo assim, determinou a obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos SASPO, o que demonstra uma preocupação com a eficiência, eficácia e efetividade destes serviços.

Na Bahia o serviço à pessoa com estomia encontra-se descentralizado em 05 polos nas cidades de Salvador, Itabuna, Ilhéus, Vitória da Conquista e Teixeira de Freitas. Em alguns desses serviços só ocorre a entrega dos dispositivos e adjuvantes. Em Salvador o serviço é denominado de CEPRED – Centro de prevenção e reabilitação do portador de deficiência.

O CEPRED é uma Unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de Referência Estadual que tem como objetivo desenvolver ações de prevenção secundária, reabilitação e assistência às pessoas com deficiência física, auditiva, mental e com ostomias, de forma integral, com equipe multiprofissional, num enfoque interdisciplinar, através de ações de média e alta complexidade. Também desenvolve ações de capacitação de Recursos Humanos da rede de serviços, realiza estudos e pesquisas relacionadas a questão da deficiência, além de constituir campo de estágio para formação e o aprimoramento profissional.

O sistema de saúde das Instituições hospitalares públicas e privadas da Cidade de Salvador não possuem o serviço de atendimento a pessoa com estomias para confecção do estoma, que na maioria das vezes é realizado em situações emergenciais, ou seja, não eletivas. No preparo para confecção do estoma, que em sua maioria são de emergências, não ocorre a demarcação previa e nem atendimento de enfermeiro estomaterapeuta para realizar os cuidados pré-operatórios. Isso faz com que as pessoas acabem desenvolvendo complicações no pós-operatório imediato e tardio, e, muitas vezes, essas complicações não são identificadas pela equipe de enfermagem, por ausência de conhecimento específico em especial na adaptação do dispositivo desde o corte da bolsa até a sua colocação, a não utilização de equipamentos para proteger a pele periestomal e o esvaziamento do dispositivo feito de forma inadequada. Essa ausência de procedimentos e cuidados adequados geram as complicações.

Em Salvador não existem outros serviços para atender essa população, unicamente o CEPRED, de modo que os usuários acabam recebendo informações, as quais deveriam receber ainda intra-hospitalar, somente a nível ambulatorial, chegando ao CEPRED com as complicações instaladas, principalmente as dermatites de contato e as alérgicas, em decorrência do manejo da pele e do dispositivo de forma incorreta. A depender da confecção desses estomas as pessoas chegam ao serviço apresentando prolapso e hérnia, que advém da confecção do estoma fora do musculo reto-abdominal justamente pela ausência da demarcação previa do local do estoma. Durante o atendimento no CEPRED a estomaterapeuta observou que a maioria das pessoas não residem na capital, levando a ausência do mesmo ao serviço, mandando representantes para buscar o material (bolsas e adjuvantes). Dessa maneira ficavam sem as informações necessárias para o manejo adequado

do estoma e do equipamento coletor.

Apartir dessas constatações sentiu-se a necessidade de confeccionar um material educativo ilustrado com essas orientações e cuidados necessários à prevenção ou tratamento das complicações do estoma, em especial a dermatite, o prolapso e a hérnia. A relevância desse relato é a certeza que essa pessoa com estomia receberá orientações necessárias para o cuidado adequado do estoma e do equipamento, visando a prevenção de complicações precoces e tardias, levando uma melhora na qualidade de vida e uma melhor e mais precoce reinserção social.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que teve como objetivo confeccionar material educativo sobre os cuidados com os estomas e suas complicações. O relato ocorreu durante as consultas de enfermagem na disciplina de Estágio curricular do Curso de Pós-Graduação em Estomaterapia no período de Abril a Maio de 2017, no Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação à Pessoa com Deficiência (CEPRED) em Salvador – BA.

O CEPRED foi implantado no ano de 1999 contava com 6000 usuários estomizados cadastrados, sendo 3000 em atendimento, no ano de 2017. O tipo de serviço é SASPO II, onde é realizado consultas médica e de enfermagem com estomaterapeuta, psicólogo e assistente social, atividades de educação em saúde, capacitação de profissionais de saúde e estudantes, distribuição de dispositivos e adjuvantes.

Por se tratar de um relato de experiência, o estudo partiu da vivência das enfermeiras que estavam realizando estágio supervisionado em estomias para obtenção do título de enfermeiro estomaterapeuta. Dentro desse estágio as alunas realizavam consultas de enfermagem com avaliação do estoma e da pele peri-estoma, presença de complicações imediatas e tardias, limpeza do estoma e troca de bolsas e adjuvantes, sempre na perspectiva do autocuidado e da reinserção social do indivíduo.

No CEPRED são realizadas consultas de enfermagem de admissão e de acompanhamento subsequente para os usuários com estomia. Durante a consulta procede-se a entrevista para coleta de dados sócio-demográficos, histórico do usuário, tipo de estomia, técnica cirúrgica utilizada, informações sobre a rede de apoio familiar, suporte social e exame físico com verificação dos sinais vitais, avaliação do abdômen, do estoma, da pele peri-estoma e do equipamento em uso.

A partir do histórico e anamnese do usuário são realizadas as orientações de enfermagem, indicação do equipamento e, se necessário, de adjuvantes.

Diante disso, as alunas fizeram a reprodução de material educativo para distribuir às pessoas com estomias e seus familiares após a consulta, explicando os tipos de complicações dos estomas e as condutas e cuidados.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação à Pessoa com Deficiência do estado da Bahia oferece acompanhamento multidisciplinar com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e realiza consultas mensais destes pacientes, bem como, distribuição dos materiais necessários (bolsas e adjuvantes) de acordo com a avaliação de cada paciente.

Para Santos, 2015 o cuidado ao estomizado perpassa pela compreensão do processo no qual ele se encontra, levando em consideração o seu passado, as perspectivas de futuro e a sua singularidade. Compreendendo o indivíduo como um ser holístico e espiritual que está inserido em determinado ambiente interagindo e reagindo a ele. É importante que o profissional que realiza o cuidado mantenha-se atualizado de modo que a sua competência técnica instrumentalize o autocuidado e o empoderamento da pessoa com estomia.

A prática educativa configura-se como um recurso extremamente eficaz para subsidiar o processo de autonomia. Através do vínculo com o profissional cuidador, numa relação de troca de informações e vivências, propõe-se uma reflexão sobre a nova condição de saúde e as oportunidades de melhoria por meio do conhecimento. Tal processo é dinâmico e demandará ações complementares ao longo do tempo. (SANTOS, 2015)

Muitas pessoas com estomias cadastradas no CEPRED residem em cidades do interior do estado da Bahia e por dificuldades de deslocamento enviam representantes autorizados para receber os equipamentos, as orientações e esclarecer as dúvidas.

A enfermeira do serviço percebendo a dificuldade de repasse fidedigno das orientações demandou a construção de um informativo ilustrado com as principais orientações frente às complicações mais frequentes, viabilizando assim uma melhor adesão aos cuidados orientados. A partir da observação e expertise na área a enfermeira elegeu como mais frequentes as seguintes complicações estomais: hérnia paracolostômica, prolapso e dermatite de contato.

O informe foi construído com imagens ilustrativas e algumas das informações mais importantes sobre a prevenção de cada uma das complicações. O objetivo do mesmo é fidelizar e assegurar que essas orientações de enfermagem serão repassadas ao usuário ou revisadas, como material de consulta, por eles e seus familiares, promovendo assim uma comunicação eficiente e subsidiando o autocuidado.



Figuras: Prevenção e cuidados frente às complicações estoamis: Dermatite, Prolapso e Hérnia Paracolostômica.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma necessidade frequente de avaliação, reavaliação e orientação dos indivíduos com estomias quanto ao autocuidado e como agir diante de alguma complicação.

No dia a dia de atendimento no CEPRED identificou-se uma dificuldade de uniformizar as ações frente aos principais problemas associados à existência do estoma. Para minimizar estas dificuldades, iniciou-se a construção de um instrumento que contivesse as informações básicas e que servissem tanto à pessoa com estomia, quanto ao familiar responsável pelo cuidado.

Assim, a criação do folder informativo intitulado, ações complementares ao

cuidado do paciente estomizado frente às complicações mais prevalentes em um centro de referência, auxiliou a equipe na comunicação e orientação as pessoas com estomia e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. J. DE; SILVA, A. L. DA. Caracterização do perfil epidemiológico dos estomizados em hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Revista Estima**, v. 13, n. 1, p. 11–16, 2015. Disponível em: <<http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/101>>. Acesso em: 19 maio. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm)>. Acesso em: 19 maio. 2019..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em 19 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html)>. Acesso em: 19 maio. 2019..

MORAES, Juliano Teixeira. **Avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde do Estomizado em Minas Gerais**. 2014. 130f. Tese (Doutorado em Ciências Aplicadas à Saúde)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9R7G45/tese\\_avaliao\\_\\_o\\_\\_dos\\_servi\\_\\_os\\_de\\_aten\\_\\_o\\_\\_sa\\_de\\_do\\_estomizado\\_em\\_mg.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9R7G45/tese_avaliao__o__dos_servi__os_de_aten__o__sa_de_do_estomizado_em_mg.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 19 maio. 2019.

OLIVEIRA, Ana Margarida Pereira de Oliveira. **Qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste**. 2016. 189f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária)-Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2016. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13339>>. Acesso em: 19 maio. 2019.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo de; REIS, Regimarina, Soares. **Gestão Pública em Saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís, Edufma, 2016, 57f. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7411>>. Acesso em 19 maio. 2019..

PAULA, MAB de, PAULA PR de, CESARETTI IUR, organizadores: **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Paulo: Yendis, 2014.

POTTER, Patricia et al. Eliminação Urinária. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 1475-1534.

SANTOS, V.L.C. de G.; CESARETTI, I.U.R. Assistência em Estomaterapia – Cuidando de Pessoas com Estomia – 2ª Edição;

SCHMELZER, Marillee. Problemas do Trato Gastrointestinal Inferior. In: LEWIS et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 2356-2504.

## AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

### **Luciane Patrícia Andreani Cabral**

Mestre em Enfermagem. Diretora Acadêmica do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG, da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Ponta Grossa/PR.

### **Andressa Paola Ferreira**

Enfermeira especialista em Terapia Intensiva pelo programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG, da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Ponta Grossa/PR.

### **Daniele Brasil**

Mestre em Enfermagem. Coordenadora do serviço de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG, da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Ponta Grossa/PR.

### **Clóris Regina Blanski**

Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa Multiprofissional em Saúde do Idoso do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG, da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Ponta Grossa/PR.

### **Caroline Gonçalves Pustiglione Campos**

Mestre em Enfermagem. Professora titular da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Ponta Grossa/PR.

### **Danielle Bordin**

Doutora em Odontologia. Pós doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR, Ponta Grossa/PR. Professora colaboradora na UEPG de Ponta Grossa/PR.

## EVALUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE IN INTENSIVE THERAPY UNIT

### INTRODUÇÃO

A segurança do paciente configura-se como uma temática relevante e amplamente discutida no cenário de cuidado hospitalar. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definida como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário relacionados ao cuidado à saúde (WHO, 2012).

No Brasil, a Portaria nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de qualificar o cuidado em saúde em todas as organizações de saúde em território nacional, bem como promover práticas seguras e contribuir para a qualidade do cuidado nas instituições de saúde (BRASIL, 2013a).

No contexto da assistência hospitalar, a segurança do paciente é um constituinte imprescindível, com relevância absoluta para gestores, profissionais de saúde, familiares e pacientes (BRASIL, 2014). Nessa conjuntura, com o intuito de proporcionar o atendimento qualificado a sua clientela e de reduzir a ocorrência de agravos aos pacientes, ações de prevenção e monitoramento vêm sendo

desenvolvidas pelas instituições (MINUZZI, 2016).

Especialmente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), fatores como o grau de complexidade dos pacientes, tempo de permanência no setor, bem como, a utilização dispositivos de assistência complexos, exige da equipe multiprofissional uma atuação segura e de qualidade. Por outro lado, a falta de conhecimento sobre a temática segurança do paciente, por parte dos profissionais de saúde que atuam na assistência, pode colocar em risco a vida do paciente, com repercussões negativas para o tempo de permanência na instituição e custos.

Diante do conteúdo exposto, torna-se relevante investigar a percepção dos profissionais de UTI quanto à Cultura de Segurança do Paciente. Assim, o presente estudo objetivou avaliar as características da Cultura de Segurança do Paciente entre profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, mediante a aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualiquantitativo, descritivo e exploratório, realizado pela enfermeira residente do Programa Multiprofissional em Terapia Intensiva durante o mês de maio de 2017 em duas UTI's gerais de um Hospital de Ensino dos Campos Gerais. O questionário foi entregue pelo pesquisador e colaboradores durante os turnos de serviços para preenchimento, nos dias pares e ímpares, nos plantões diurno e noturno.

A equipe multiprofissional é composta por aproximadamente 150 funcionários incluindo médicos rotineiros, plantonistas e residentes, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, residentes multiprofissionais, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e profissionais de serviços gerais.

Foram inclusos no estudo todos os profissionais da equipe multiprofissional citados acima, maiores de 18 anos que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os integrantes que estavam em férias, ausentes no dia da aplicação do questionário, em licença maternidade ou paternidade ou afastados por motivos de doença.

O instrumento utilizado na pesquisa foi questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) – instrumento de avaliação das características da cultura de segurança do paciente em hospitais – o instrumento foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, o qual trata-se de um instrumento válido e confiável utilizado mundialmente para comensurar a Cultura de Segurança do Paciente. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil (REIS, 2013).

O questionário é composto de 9 seções que vão de A à I com questões referentes à princípios, crenças, comunicação, liderança, chefias, relato de eventos, composição

de equipe, satisfação e administração dos setores e do hospital. Ao todo são 55 itens. Sendo 44 referentes à Cultura de Segurança do Paciente e 11 relacionados a informações pessoais. A maior parte dos itens é respondida com 5 pontos conforme escala de *Likert*, onde se reflete a concordância: “Discordo Totalmente” (1), “Discordo” (2), “Não Concordo, Nem Discordo” (3), “Concordo” (4) e “Concordo Totalmente” (5). Outros itens são respondidos com uma escala de frequência de 5 pontos: “Nunca” (1), “Raramente” (2), “As Vezes” (3), “Quase Sempre” (4), “Sempre” (5). Há outras duas variáveis que são respondidas da seguinte forma: A) Grau de segurança do paciente – medida por escala de 5 pontos que vão de “Excelente” (1) à “Muito Ruim” (5); e B) Número de eventos relatados nos últimos 12 meses – categorias de respostas; “Nenhum”, “1-2 Notificações”, “3-5 Notificações”, “-10 Notificações”, “11-20 Notificações”, “+21 Notificações”. O formulário ainda contou com uma questão aberta aos participantes para que escrevessem algum comentário, evento ou relato. Em anexo ainda acrescentamos uma questão para que a equipe avaliasse o questionário aplicado como “Excelente”, “Muito Bom”, “Regular”, “Ruim” ou “Muito Ruim”.

Os dados quantitativos foram expressos em frequências simples e porcentagens. Os qualitativos foram construídos por meio das falas oriundas dos entrevistados, conforme o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. A análise é formada por três momentos: no primeiro momento é realizado um pré-análise, no segundo momento há a realização de uma descrição analítica e no terceiro momento a interpretação referencial (BARDIN, 1977).

O presente estudo foi aprovado sob o parecer número 2.133.726 expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Ponta Grossa, atendendo a resolução 466/2012. Conforme os preceitos éticos de pesquisa o anonimato dos participantes foi preservado. Todos os participantes realizaram o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando a amostra, aceitaram participar da pesquisa 60 profissionais atuantes no ambiente de terapia intensiva. Sendo a população composta por: 2% (n=1) médicos residentes, 2% (n=1) nutricionistas, 2% (n=1) auxiliares administrativos, 5% (n=3) de auxiliares de serviços gerais, 7% (n=4) de assistentes sociais, 8% (n=5) de dentistas, 17% (n=10) de enfermeiros, 18% (n=11) de fisioterapeutas e 40% (n=24) de técnicos de enfermagem. Destes 77% (n=46) eram do sexo feminino e 23% (n=14) do sexo masculino.

Com relação à idade, 57% (n=34) da população possui idade entre 20-30 anos, 33% (n=20) idade entre 30-40anos, 8% (n=5) entre 40-50 anos e 2% (n=1) idade superior a 50 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 2% (n=1) possuíam ensino fundamental incompleto, 2% (n=1) ensino fundamental completo, 27% (n=16) ensino médio completo, 12% (n=7) ensino superior incompleto, 58% (n=35) ensino superior

completo.

Quando questionados sobre o tempo de atuação no hospital 30% (n=18) trabalham há menos de 1 ano no hospital, 63% (n=38) entre 1-5 anos e 7% (n=4) entre 6-10 anos. Com relação ao tempo de atuação dentro do ambiente de terapia intensiva, 38% (n=23) trabalham com a especialidade menos de 1 ano, 48% (n=29) entre 1-5 anos, 7% (n=4) entre 6-10 anos, 3% (n=2) entre 11-15 anos e 3% (n=2) entre 16-20 anos.

Quanto á carga horária semanal exercida no hospital 3% (n=2) trabalham menos de 20 horas semanais, 22% (n=13) entre 20-39 horas semanais, 43% (n=26) entre 40-59 horas semanais, 28% (n=17) entre 60-79 horas semanais, 2% (n=1) entre 80-90 horas semanais e 2% (n=1) trabalham mais de 100 horas semanais. Sendo que 92% (n=55) da população entrevistada possui cargo ou função em contato direto com paciente e 8% (n=5) em contato indireto.

A “Seção A” do questionário aplicado envolve 18 questões sobre a unidade de trabalho dos profissionais, ou seja, o setor de terapia intensiva e possui 5 opções de respostas, conforme escala de Likert.

Quando questionados sobre o fato de seus erros serem registrados em suas fichas funcionais ou então serem usados contra eles em oportunidades futuras, os dados se tronaram alarmantes.

Na análise de dados da seção “A” nota-se que quando questionados sobre o trabalho em equipe, ajuda mútua entre os profissionais, respeito e dimensionamento da equipe, uma grande porcentagem demonstra satisfação com relação os itens citados.

Dorigan e Guirardello (2017), afirmam que quando existe satisfação no trabalho, há um menor risco de *burnout* e abandono do serviço. Melhorando assim a assistência e a qualidade do cuidado prestado.

Observou-se que 58% (N=35) dos profissionais afirmam estar realizando atividades pertinentes á melhoria de segurança do paciente. Sabe-se que quando existem melhorias no ambiente de trabalho existe uma perspectiva positiva com relação á segurança do paciente, bem como diminuição da mortalidade nas instituições e melhoria na satisfação dos pacientes (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017). Um exemplo disso são as creditações hospitalares que avaliam e certificam os serviços de saúde. E estabelecem um conjunto de padrões mínimos para garantir a qualidade de assistência e a segurança dos pacientes. Mediante á mudanças nos comportamentos dos profissionais (MENDES; MIRANDOLA, 2015).

Verificou-se que 60% (n=36) dos profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles. Ainda, 47% (n=28) dos entrevistados mencionam que quando um evento é notificado o foco recai sobre o profissional que cometeu o erro e não sobre o problema. E 38% (n=23) afirmam ainda que os profissionais tem preocupação com relação a seus erros serem registrados em suas fichas funcionais. Na “Seção G” que aborda o número e eventos notificados nos últimos 12 meses observamos o

reflexo do receio dos profissionais, onde 62% (n=37) relataram não terem realizado nenhuma notificação referente aos eventos adversos no setor.

A cultura de segurança do paciente deve focar na correção do processo de trabalho, baseando-se no método não punitivo, com intenção de prevenir a ocorrência e recorrência dos eventos adversos indesejáveis. Encorajando e recompensando a notificação e resolução dos problemas relacionados à segurança do paciente (MINUZZI, 2016).

A “Seção B” é composta de 4 questões com 5 possibilidades de resposta semelhantes a seção anterior. Quando questionados sobre as condutas do seu supervisor ou chefe. Notou-se que uma parte considerável de entrevistados optou por abster-se dos comentários, marcando então a opção “Não concordo nem Discordo”. Tabela 01 apresenta a resposta dos participantes.

	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo Nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
1. <b>O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.</b>	5% (n=3)	33% (n=20)	22% (n=13)	32% (n=19)	8% (n=5)
2. <b>O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.</b>	0% (n=0)	8% (n=5)	27% (n=16)	55% (n=33)	10% (n=6)
3. <b>Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.</b>	7% (n=4)	47% (n=28)	32% (n=19)	13% (n=8)	2% (n=1)
4. <b>O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.</b>	17% (n=10)	62% (n=37)	18% (n=11)	3% (n=2)	0% (n=0)

Tabela 01 – Representação do total dos resultados referentes ao supervisor/chefe do setor de Terapia Intensiva. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017. (n=60).

Fonte: produção os autores.

Referente a “Seção B”, quando questionados sobre o supervisor/chefe, 55% (n=33) afirmam que suas sugestões para a melhoria de segurança do paciente são levadas em consideração pelo supervisor. E 62% (n=37) afirmam que o supervisor/chefe fornece atenção suficiente para os problemas de segurança do paciente. Porém 33% (n=20) disseram nunca ter recebido um elogio do supervisor/chefe quando realizado os procedimentos conforme o estabelecido pelas normas de segurança do paciente. Ainda, notamos que uma grande porcentagem dos entrevistados marcou a opção “Não Concordo e Nem Discordo”, preferindo abster-se de uma resposta concisa. E muitos após a entrega do questionário relataram ao pesquisador sobre sua preferência em privar-se de responder questões referentes ao supervisor/chefia

do setor.

Alguns autores, afirmam que elogios, incentivos e reconhecimento aos profissionais são fundamentais para promover a segurança do paciente e melhorar o desempenho profissional (MINUZZI, 2016).

Na “Seção C”, que aborda sobre a comunicação em serviço, os resultados foram parcialmente satisfatórios. A seção é composta por 4 questões com as mesmas possibilidades de resposta das questões anteriores. Como mostra a Tabela 02 abaixo.

	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não Concordo Nem Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
1. Nós recebemos informações sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	3% (n=2)	23% (n=14)	13% (n=8)	57% (n=34)	3% (n=2)
2. Os profissionais tem liberdade para alertar sobre algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	0% (n=0)	8% (n=5)	5% (n=3)	72% (n=43)	15% (n=9)
3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	0% (n=0)	13% (n=8)	23% (n=14)	62% (n=37)	2% (n=1)
4. Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	3% (n=2)	30% (n=18)	25% (n=15)	42% (n=25)	0% (n=0)
5. Nesta Unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	0% (n=0)	7% (n=4)	30% (n=18)	63% (n=38)	0% (n=0)
6. Os profissionais tem receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	3% (n=2)	47% (n=28)	32% (n=19)	15% (n=9)	3% (n=2)

Tabela 02 – Representação do total dos resultados referentes á efetividade da comunicação no setor. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017. (n=60).

Fonte: produção dos autores.

Na “Seção C”, observa-se que não há problemas com relação á comunicação no setor, 57% (n=34) afirmam receber informações sobre as mudanças implementadas no setor, 72% (n=43) afirmam que os profissionais possuem a liberdade de alertar sobre algo que pode estar afetando negativamente o cuidado com o paciente, 62% (n=37) afirmam que são informados sobre os erros que acontecem no setor, 42% (n=25) dizem se sentir a vontade em questionar as ações ou decisões de seus superiores e 63% (n=38) dizem discutir meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente no setor.

Uma das seis metas internacionais referentes á segurança do paciente é a comunicação efetiva. Sabe-se que o erro de comunicação entre os profissionais pode gerar danos aos pacientes. Portanto, transmitir informações de forma a esclarecer dúvidas, orientar, informar são importantes para se evitar erros referentes ao cuidado a saúde (BRASIL, 2013b).

Com relação a frequência de eventos relatados na “Seção D”. Observa-se um

déficit de notificações no setor, como mostra o Gráfico 01.

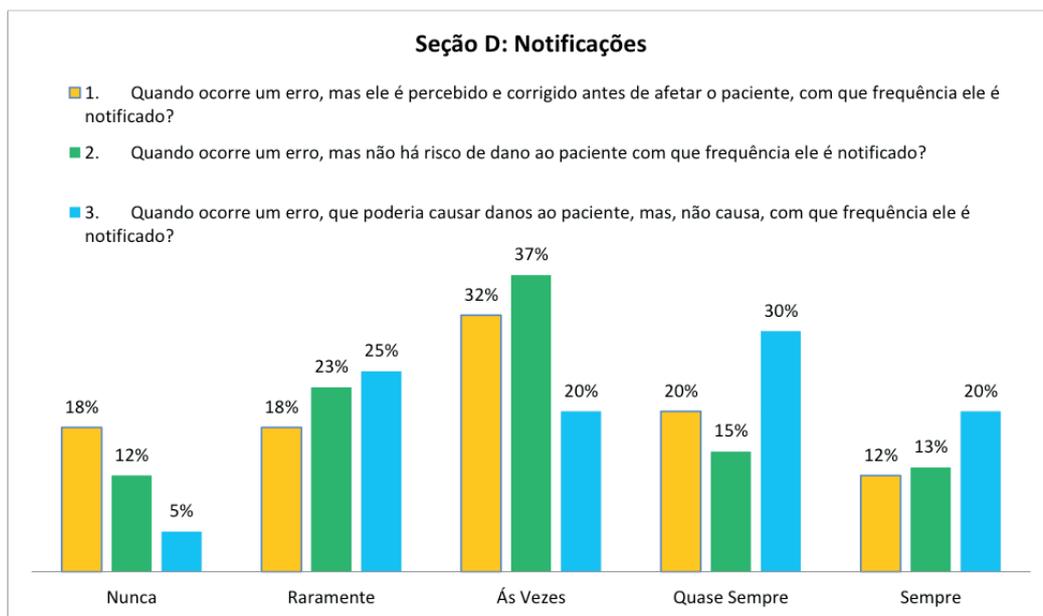


Gráfico 01 – Representação do total dos resultados referentes às notificações realizadas no setor. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017. (n=60).

Fonte: produção dos autores.

Na “Seção D”, quando questionados sobre a frequência de eventos relatados no setor, 32% (n=19) afirmaram que quando um erro ocorre, porém, o erro é corrigido antes de afetar o paciente o evento somente é notificado às vezes. Quando ocorre um erro, mas não há risco ao paciente 37% (n=22) dos entrevistados afirma que o evento é notificado às vezes e 23% (n=14) raramente. E quando um erro acontece, porém, poderia causar danos ao paciente, mas não causa 30% (n=18) afirmam relatar o erro quase sempre e 20% (n=12) às vezes. Durante a aplicação do questionário, muitos dos entrevistados afirmaram ao pesquisador que não realizam notificações dos eventos por medo de retaliação no serviço.

As notificações são importantes para o fornecimento de informações. E mediante a este instrumento é possível não somente reduzir os riscos, mas também monitorar e avaliar as falhas no processo de cuidado a saúde e qualidade de segurança do paciente. Ressalta-se ainda que a identificação do notificador é confidencial e, portanto, não será divulgada no serviço de saúde. Reforçando-se assim que a cultura de segurança do paciente deve focar no problema e correção do processo de trabalho e não em ações punitivas (BRASIL, 2014).

Na “Seção E”, quando questionados sobre como é a segurança do paciente no setor 3% (n=2) consideraram excelente, 63% (n=38) muito boa e 33% (n=20) regular.

Na “Seção E”, 3% (n=2) consideraram a segurança do paciente excelente no setor, 63% (n=38) avaliaram como sendo muito boa e 33% (20n=) afirmaram ser regular. Na “Seção F”, que aborda sobre a questão de segurança do paciente na visão da gerencia hospitalar, 68% (n=41) afirmaram que o hospital proporciona um clima de trabalho que promove a segurança do paciente, 37% (n=22) afirma que as

unidade do hospital são bem coordenadas entre si, 45% (n=27) dizem que a direção do hospital demonstra que a segurança do paciente é uma prioridade principal.

Na “Seção F”, composta de 11 questões sobre o hospital e sua direção, apresentou respostas satisfatórias. Relacionado às unidades de serviço, 45% (n=27) afirmam que o processo de cuidado do paciente é comprometido quando o mesmo é transferido de uma unidade para outra do hospital, quando questionados se existe uma boa cooperação entre as unidades do hospital quando precisam trabalhar em conjunto 43% (n=26) resolveu abster-se da resposta marcando a opção “Não Concordo, Nem Discordo”. Quanto às passagens de plantões, 33% (n=20) afirmam que são perdidas informações importantes sobre o paciente, 33% (n=20) discordam que haja perda de informações e 23% (n=14) resolveu abster-se da resposta marcando a opção “Não Concordo, Nem Discordo”. O mesmo aconteceu quando questionados sobre os problemas de troca de informações entre as unidades do hospital e se as unidades do hospital trabalham em conjunto para prestar melhores cuidados ao paciente, 52% (n=31) e 43% (n=26) dos entrevistados, respectivamente marcaram a opção “Não Concordo, Nem Discordo”.

Na “Seção G”, onde se questiona o número de notificações realizadas nos últimos 12 meses observamos que 62% (n=37) dos entrevistados nunca realizaram nenhuma notificação sobre os eventos adversos que acontecem no setor, 15% (n=9) relatam ter realizado entre 1-2 notificações, 13% (n=8) realizaram entre 3-5 notificações, 2% (n=1) entre 6-10, 7% (n=4) entre 11-20 e 2% (n=1) mais de 21 notificações anuais.

A “Seção H” aborda as informações gerais dos entrevistados, que foram citadas na introdução dos resultados.

A “Seção I” contempla uma questão aberta, para que os entrevistados possam escrever seus comentários referentes à segurança do paciente, erros ou relatos de eventos no seu hospital. Apenas 5% (n=3) dos entrevistados responderam a questão aberta. Segue abaixo o relato dos entrevistados:

*“As pessoas ainda não conseguiram assimilar a cultura de segurança do paciente, pois, percebe-se ainda que a notificação é sinônimo de punição [...]” (P1).*

*“Acredito que a própria cultura de punição que existe dentre os profissionais acaba inibindo as notificações. É frequente ouvir comentário sobre erros, porém, até o momento só observei 2 notificações.” (P2).*

*“[...] Trabalhar melhor com os erros cometidos acidentalmente minimizando a cultura punitiva e focando no problema que muitas vezes pode estar acontecendo em outros setores, porém, estarem sendo subnotificados devido os colaboradores possuírem a cultura do medo.” (P3).*

A última questão contempla a avaliação do questionário pela equipe de saúde, onde classificaram o instrumento HSOPSC como 25% (n=15) excelente, 67% (n=40) muito bom e 8% (n=5) regular.

Na “Seção I”, apenas 5% (n=3) responderam à questão aberta. Conforme o relato dos entrevistados na, observamos a necessidade do fornecimento de informações aos funcionários sobre a ferramenta de notificação e sobre a importância das notificações. Sendo crucial amenizar o medo dos funcionários sobre a cultura de punição mediante as notificações realizadas.

Verificou-se que todos mencionam em seu texto sobre o medo de realizar a notificação dos eventos adversos por medo da “cultura punitiva”.

*“As pessoas ainda não conseguiram assimilar a cultura de segurança do paciente, pois, percebe-se ainda que a notificação é sinônimo de punição [...]”* (P1).

*“Acredito que a própria cultura de punição que existe dentre os profissionais acaba inibindo as notificações. É frequente ouvir comentário sobre erros, porém, até o momento só observei 2 notificações.”* (P2).

*“[...] Trabalhar melhor com os erros cometidos acidentalmente minimizando a cultura punitiva e focando no problema que muitas vezes pode estar acontecendo em outros setores, porém, estarem sendo subnotificados devido os colaboradores possuírem a cultura do medo.”* (P3).

Em um estudo de revisão, observou-se que existiam dados alarmantes sobre a existência da cultura punitiva dentro das instituições de saúde. Isto indicava que mudanças deveriam acontecer nas instituições, iniciando-se pelos gestores de saúde (CALORI, GUTIERREZ, GUIDI, 2015).

A Cultura de Segurança do Paciente tem como contexto engajar comportamentos seguros, gerando uma motivação que seja visível na prática diária, visando correção dos processos de trabalho por meio de ações não punitivas, isto é, que o profissional ao cometer uma falha não tenha receio em notificar o incidente por temor à retaliação ou punição por parte das chefias. Reforçando que as ações devem ser corretivas, com o objetivo de prevenir a ocorrência e recorrência de eventos indesejáveis, encorajando e recompensando a identificação, notificação e resolução dos problemas (BRASIL, 2013b).

O questionário HSOPSC foi aprovado pelos entrevistados sendo que 67% (n=40) classificou o mesmo como sendo muito bom. O que torna o questionário confiável, por agradar a equipe, além de abranger diversos aspectos e conseguir demonstrar as fragilidades referentes ao cuidado à saúde e equipe multiprofissional.

Dentre as fragilidades do estudo destacou-se a pouca participação da equipe multiprofissional na pesquisa o que dificulta em analisar a visão de outros profissionais atuantes no setor, porém, que não tiveram participação ativa. Outra fragilidade do estudo foi a pouca participação dos entrevistados na questão aberta, pois, com o preenchimento dela poderíamos retirar maiores sugestões de melhoria ou relatos do que acontecem no setor e não são notificados. Merece destaque também a falta de artigos relacionados nas bases de dados indexadas para comparação dos dados

encontrados nesta pesquisa com outros estudos.

## CONCLUSÃO

Pode-se avaliar as características da segurança do paciente mediante a perspectiva da equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva, indicando que há muitos aspectos para melhorar em diversas dimensões sobre a cultura do paciente. No entanto há áreas com maior fragilidade e que necessitam de um olhar mais atento, como a falta de notificações por parte da equipe, as questões de supervisor/chefia do setor e principalmente medo da cultura punitiva.

A aplicação do questionário HSOPSC constitui um instrumento útil para que os gestores desenvolvam estratégias eficazes para melhoria da segurança do paciente. O questionário foi aprovado pela equipe entrevistada, pois, possui questões abrangentes avaliando desde a unidade de serviço até os aspectos de comunicação e cooperação entre as unidades do hospital.

Compreendendo a importância do estudo realizado, se faz necessária à realização de mais estudos que possam agregar conhecimento e reconhecer falhas na assistência sob a perspectiva da equipe multiprofissional dos serviços de saúde em especial no ambiente de terapia intensiva, tendo em vista, que se trata de um local com alta complexidade, devido a todas as tecnologias, equipamentos e realização de procedimentos invasivos, proporcionando maiores chances de ocorrência de eventos adversos.

## REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)> Acesso em 01 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Folder das 6 metas internacionais de segurança do paciente**, 2013b. Disponível em: <<https://proqualis.net/folder/folder-das-6-metas-internacionais-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>> Acesso em 01 set. 2017.

BRASIL. Portaria N. 529, de 1º de abril de 2013. **Dispõe sobre o programa nacional de segurança do paciente (PNSP)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013a. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.htm](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.htm)> Acesso em 01 set. 2017.

CALORI, M.A.O.; GUTIERREZ, S.L.; GUIDI, T.A.C. Segurança do paciente: promovendo a cultura de segurança. **Rev. Saúde em Foco**. ed. 07, 2015. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2015/seguranca\\_paciente.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2015/seguranca_paciente.pdf)> Acesso em 01 set. 2017.

DORIGAN, G.H.; GUIRARDELLO, E.B. Ambiente da prática, satisfação e clima de segurança: percepção dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 1, p. 129-135, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0129.pdf>>. Acesso em 01 set. 2017.

KING, A. et al. Investigating adverse event free admissions in medicare in patients as a patient safety indicator. **Ann Surg**, v. 265, n. 5, p. 910-15, 2017.

KOHN, L.I.T.; CORRIGAN, J.M. DONALDSON, M.S. **To erris human**: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000. Disponível em: <[http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14460_recurso_1.pdf)> Acesso em 01 set. 2017.

LOPES, N.P. et al. Conhecendo as UTI's de Curitiba: UTI Geral. Curitiba (PR). **Revista do Curso de Enfermagem**, v.4, 2015.

MENDES, G.H.S.; MIRANDOLA, T.B.S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gest. Prod. São Carlos**, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/gp/v22n3/0104-530X-gp-0104-530X1226-14.pdf>> Acesso em 01 set. 2017.

MINUZZI, A.P. et al. Contribuições da Equipe de Saúde Visando à Promoção da Segurança do Paciente no Cuidado Intensivo. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 121-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0121.pdf>> Acesso em 01 set. 2017.

REIS, C.T. **A Cultura de Segurança do Paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>> Acesso em 01 set. 2017.

WHO. World Health Organization. **Patient Safety. Introductory Course – Session 1. What is patient safety?** [Internet]. Geneve: WHO; 2012. Disponível em: <[https://www.who.int/patientsafety/research/ps\\_online\\_course\\_session1\\_intro\\_1in1\\_english\\_2010\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/research/ps_online_course_session1_intro_1in1_english_2010_en.pdf?ua=1)>. Acesso em 10 set. 2017.

ZANBON, L.S. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva**: Caracterização de eventos Adversos em Pacientes Críticos, Avaliação de sua Relação com Mortalidade e Identificação de Fatores de Risco para sua Ocorrência, 2014. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5165/tde-04082014-085402/pt-br.php>> Acesso em 01 set. 2017.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM ACOMETIDOS POR INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

### **Francisco José do Nascimento Júnior**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Mestrando do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza –Ceará

### **Alisson Salatiek Ferreira de Freitas**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF), Mestre em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza Ceará.

### **Amanda Silva de Araújo**

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

### **Andrea Luiza Ferreira Matias**

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio - Fortaleza – Ceará

### **Antionielle Carneiro Gomes**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Mestranda do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza – Ceará

### **Cristianne Kércia da Silva Barro**

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

### **Daniele de Matos Moura Brasil**

Enfermeira Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Mestranda do Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará – (UFC) – Fortaleza –Ceará

### **Francisca Fernanda Alves Pinheiro**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF) e Mestre em Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza Ceará.

### **Heloisa Sobreira Camilo Teles de Menezes**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Leão Sampaio e Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – Fortaleza –Ceará

### **Herlenia da Penha Oliveira Cavalcante**

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - Fortaleza – Ceará

### **Raffaele Rocha de Sousa**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza – Ceará

### **Silvânia Moreira de Abreu Façanha**

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) e Mestre do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará – UECE - Fortaleza –Ceará.

**RESUMO:** A Insuficiência Respiratória Aguda caracteriza-se pelo distúrbio funcional agudo ocasionado pela incapacidade do sistema respiratório em manter a necessidade de ventilação e oxigenação. Esse artigo tem como objetivo abordar os cuidados de enfermagem voltados para a assistência à pacientes em situações de insuficiência respiratória aguda.

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. A busca por artigos ocorreu nos meses de janeiro a maio de 2018 com o auxílio de instrumento de coleta de dados nas bases eletrônicas: SCIELO, BDEF e LILACS, das quais foram extraídos 07 artigos que atendiam aos critérios de inclusão: artigos em língua portuguesa, na íntegra e gratuitos. Os resultados após análise emergiram três categorias temáticas que foram discutidas: 1) Insuficiência Respiratória Aguda; 2) Abordagem diagnóstica e terapêutica aplicada ao paciente com Insuficiência Respiratória Aguda; 3) Cuidados de enfermagem baseados em técnicas ofertados ao paciente com Insuficiência Respiratória Aguda e 4) Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos. Essas categorias apresentaram sinais, sintomas e complicações da insuficiência respiratória, além da abordagem adequada. Concluiu-se que o enfermeiro precisa conhecer os sinais e sintomas para assim prestar a devida assistência. Contudo faz-se necessário a implantação de protocolos para os profissionais de enfermagem em suas atividades laborais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Insuficiência Respiratória. Cuidados de enfermagem. Protocolos.

### NURSING CARE IN PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACCUSED ACUTE RESPIRATORY INSUFFICIENCY

**ABSTRACT:** Acute Respiratory Insufficiency is characterized by the acute functional disorder caused by the inability of the respiratory system to maintain the need for ventilation and oxygenation. This article aims to address nursing care aimed at assisting patients in situations of acute respiratory failure. This is a systematic literature review. The search for articles occurred in the months of January to May 2018 with the aid of an electronic data collection tool: SCIELO, BDEF and LILACS, from which 07 articles were extracted that met the inclusion criteria: articles in Portuguese, in full and free. The results after analysis emerged three thematic categories that were discussed: 1) Acute Respiratory Insufficiency; 2) Diagnostic and therapeutic approach applied to the patient with Acute Respiratory Insufficiency; 3) Nursing care based on techniques offered to the patient with Acute Respiratory Failure and 4) Protocol of Nursing Care to Clients with Acute Respiratory Disturbances. These categories presented signs, symptoms and complications of respiratory insufficiency, in addition to the appropriate approach. It is concluded that the nurse needs to know the signs and symptoms to provide the necessary assistance. However, it is necessary to implement protocols for nursing professionals in their work activities.

**KEYWORDS:** Respiratory Insufficiency; Nursing care; Protocols.

## 1 | INTRODUÇÃO

A principal função do sistema respiratório é a troca de gases de modo que o oxigênio sanguíneo arterial, o gás carbônico e os níveis de pH permaneçam dentro de limites preestabelecidos em diferentes condições fisiológicas. O conhecimento da fisiologia respiratória é fundamental para o diagnóstico apropriado e tratamento eficaz

da doença pulmonar (PAES et al., 2014).

A Insuficiência Respiratória Aguda (IRespA) caracteriza-se pelo distúrbio funcional agudo ocasionado pela incapacidade do sistema respiratório em manter a necessidade de ventilação e oxigenação, existindo comprometimento grave no processo de hematose, ou seja, não consegue realizar a oxigenação adequada e eliminação de gás carbônico (SILVA; REIS; JESUS, 2014).

Holanda (2012) orienta que para auxiliar no diagnóstico de IRespA exige-se medidas objetivas como a oximetria de pulso de O<sub>2</sub> e a gasometria arterial a fim de confirmar, classificar, avaliar e escolher os métodos terapêuticos adequados. Os pontos de corte para caracterizá-la são: PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg e PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg. O quadro clínico da síndrome depende da doença de base (PÁDUA; ALVARES; MARTINEZ, 2003).

No mundo cerca de 30% dos pacientes internados por pneumonia necessitam de ventilação mecânica invasiva durante sua internação hospitalar, indicando assim insuficiência respiratória grave. Já no Brasil, não há dados estatísticos oficiais disponíveis especificamente sobre IRespA. Com isso, uma análise de casos de internação hospitalar por pneumonia comunitária demonstra que, entre os anos de 2008 e 2009, houve cerca de 730.000 internações por pneumonia em pacientes acima de 15 anos em todo território nacional, com tempo de permanência médio de 6,1 dias e mortalidade média de 9% (RESTREPO et al., 2010).

Segundo Pinheiro, Pinheiro e Mendes (2015), a IRespA é uma síndrome clínica que tem etiologias diversas. Assim, os princípios para o seu tratamento dependem do tratamento da doença que a originou, sendo necessário conhecimento teórico e a adoção de medidas para manter os níveis adequados dos gases arteriais.

Frente a isso, entende-se que a prática da enfermagem é baseada em evidências e protocolos e que o enfermeiro possui conhecimento teórico-científico e prático para reconhecer sinais e sintomas e promover conforto ao pacientes acometidos por IRespA. Com isso, surgiu a pergunta norteadora desse estudo: Como a equipe de enfermagem pode prestar assistência com qualidade e eficiência a estes pacientes?

Como pressuposto, aponta-se a prestação de cuidados baseados em boas práticas clínicas como possibilidade de recuperação/restauração do estado de saúde do paciente, por meio de desenvolvimento de protocolos de atendimento, que proporcione ao enfermeiro informações para tornar a assistência mais ágil e segura, levando em consideração a individualidade de cada caso.

Sendo a Insuficiência Respiratória Aguda uma das síndromes mais prevalentes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e que apresenta expressivo índice de mortalidade, faz-se necessário que o enfermeiro seja conhecedor da fisiopatologia da IRespA e saiba interpretar adequadamente a gasometria arterial, para assim, conduzir a equipe de enfermagem na prestação de um suporte de tratamento resolutivo e livre de iatrogenias (PINHEIRO; PINHEIRO; MENDES, 2015).

Frente a isso, esse estudo visa contribuir para uma discussão acerca do saber

e do fazer em enfermagem, pautada em estudos científicos baseados em evidências, a fim de proporcionar um melhor gerenciamento da assistência de enfermagem, conferindo ao profissional segurança para atender às necessidades dos pacientes com insuficiência respiratória aguda.

Assim, o artigo tem como objetivo geral: Abordar os cuidados de enfermagem voltados para a assistência à pacientes em situações de insuficiência respiratória aguda. Como objetivos específicos: Descrever a Insuficiência Respiratória (classificação e causas); Explanar sobre o diagnóstico da Insuficiência Respiratória Aguda (apresentando os sintomas e as complicações); Descrever as considerações terapêuticas sobre a IRespA segundo a publicação científica.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão sistemática de literatura.

O estudo descritivo é aquele que tem o propósito de observar, explorar para então classificar e interpretar fatos ou fenômenos. Demandando técnicas padronizadas na coleta de dados, por meio de entrevistas, prontuários, aplicação de escalas e outros instrumentos que permitam mensurar as respostas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

De acordo com Minayo (2013), a abordagem qualitativa é adequada para a interpretação de questões e representações particulares em relação a alguns fenômenos, construídos com base em valores, o que não pode ser reduzido a variáveis operacionais.

A revisão sistemática de literatura tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de maneira ordenada e abrangente. Esse tipo de revisão fornece informações mais amplas sobre um assunto (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Uma vez delimitado o problema (como a equipe de enfermagem pode prestar assistência com qualidade e eficiência a estes pacientes?) as bases de dados foram utilizadas nessa etapa por meio da seleção de critérios de inclusão e exclusão. Essas estratégias de busca são técnicas usadas para tornar possível o encontro entre uma pergunta norteadora e a informação armazenada nas bases de dados eletrônicas (LOPES, 2002).

Portanto, a busca por artigos foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tais como na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e no período de janeiro a maio de 2018, com o auxílio de um instrumento de coleta de dados.

Foram utilizados como critério de inclusão artigos publicados em língua disponíveis na íntegra e gratuitos, com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

Insuficiência Respiratória, Cuidados de enfermagem e Protocolos. Foram excluídos do estudo: pesquisas de monografias, teses e editoriais.

Dessa forma, foram encontrados inicialmente mais de 1000 artigos e após afunilamento, de acordo com os critérios de inclusão, restaram apenas 07 artigos que compuseram esse estudo, conforme demonstração na tabela 01 (página seguinte):

Bases de dados	Artigos encontrados	Gratuito	Idioma (port.)	Que se encaixa no tema	Repetidos (excluídos)	TOTAL PARCIAL
<b>Insuficiência respiratória AND Cuidados de enfermagem</b>						
LILACS	310	09	07	03	02	01
SCIELO	882	369	47	09	06	03
BDENF	03	03	03	01	-	01
<b>SUBTOTAL</b>	-	-	-	-	-	05
<b>Insuficiência respiratória AND Protocolos</b>						
LILACS	12	09	05	02	02	01
SCIELO	58	46	23	21	20	01
BDENF	11	10	08	07	07	00
<b>SUBTOTAL</b>	-	-	-	-	-	02
<b>TOTAL</b>						<b>07</b>

**Tabela 1-** Seleção dos artigos nas bases de dados eletrônicas, Fortaleza-CE, 2018.

Fonte: Bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e BDENF.

A análise dos dados deu-se através da leitura minuciosa de cada artigo. Após, foram organizados e tabulados, de maneira que os conteúdos fossem comparados e interpretados para chegar aos objetivos desse estudo. Essa forma de análise sintetiza os resultados baseando-se na semelhança entre os estudos (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das publicações selecionadas para elaboração desse artigo, foram elencadas três categorias temáticas: 1) Insuficiência Respiratória Aguda; 2) Abordagem diagnóstica e terapêutica aplicada ao paciente com Insuficiência Respiratória Aguda; 3) Cuidados de enfermagem baseados em técnicas ofertados ao paciente com Insuficiência Respiratória Aguda e 4) Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos. As mesmas serão explanadas a seguir:

#### 3.1 Insuficiência Respiratória Aguda

A insuficiência respiratória aguda (IRpA) é definida como a incapacidade do sistema respiratório, desenvolvida agudamente, em promover adequadamente as trocas gasosas, ou seja, promover oxigenação e eliminação de gás carbônico. Do

ponto de vista de parâmetros gasométricos, a IRpA é definida pela presença de: PaO<sub>2</sub> <55-60 mmHg, com o paciente respirando ar ambiente (FIO<sub>2</sub>=0,21). Que pode estar ou não associada a: PaCO<sub>2</sub> >50 mmHg, usualmente determinando acidose respiratória (pH <7,35) (SILVA; REIS; JESUS, 2014).

Baseando-se nos mecanismos de hipoxemia e hipercapnia, a insuficiência respiratória aguda foi classificada em: Tipo (I) Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxêmica: Condição que pode reduzir, acentuadamente, a tensão de oxigênio arterial. Resulta de distúrbios da relação ventilação alveolar/perfusão, caracterizando-se gasometricamente por hipoxemia sem retenção de CO<sub>2</sub>. A PaCO<sub>2</sub> pode estar até mesmo baixa, pois há uma tentativa de compensar a hipoxemia com hiperventilação. Tipo (II) Insuficiência Respiratória Aguda Hiperclápnica-Hipóxica: Condição em que há eliminação inadequada de CO<sub>2</sub>. Resulta da hipoventilação alveolar, caracterizando-se gasometricamente por hipoxemia associada à elevação da PaCO<sub>2</sub>. Também denominada como falência de ventilação (PAES et al., 2014).

A figura 1 ilustra as principais diferenças entre os três tipos de IRespA.

Tipos de IRespA	Alterações gasométricas			Fisiopatologia		Cenários clínicos	Raio-X de tórax
	pH	PaCO <sub>2</sub>	PaO <sub>2</sub>	VA	D(A-a)O <sub>2</sub>		
<b>Hiperclápnica</b>	↓↓	↑↑	↓	↓↓	Normal	Doenças neuromusculares, Overdose de sedativos	Normal ou quase normal
<b>Hipoxêmica</b>	↑	↓	↓↓	↑	↑↑	Pneumonia grave, SDRA	Opacidades pulmonares
<b>Mista</b>	↓	↑	↓↓	↓	↑	Edema agudo de pulmão com fadiga diafragmática	Opacidades pulmonares

**Figura 1** - Características clínicas e funcionais dos diferentes tipos de Insuficiência Respiratória Aguda.

Fonte: Adaptado de Gouveia (2012).

A Insuficiência Respiratória Aguda (IRespA), do ponto de vista gasométrico podem ser classificadas em: hiperclápnica, hipoxêmica ou mista. A IRespA-hiperclápnica é caracterizada por uma elevação da PaCO<sub>2</sub> acima de 45 a 50mmHg e pH<7,34. A IRespA-hipoxêmica, por uma PaO<sub>2</sub> < 55 a 60mmHg, em ar ambiente ou na vigência de oxigenoterapia. A mista, por apresentar hipoxemia grave associada à retenção de CO<sub>2</sub> com acidose respiratória (HOLANDA, 2012).

As principais causas de IRespA derivam do acometimento dos componentes do sistema respiratório, isso por consequência influencia no tipo de IRespA, conforme apresenta o quadro 1:

<b>Causas</b>	<b>Classificação de IRespA</b>	<b>Sistemas</b>
Distúrbios eletrolíticos (hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipocalcemia); distrofias musculares; pneumonia, edema agudo de pulmão; síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), hemorragia alveolar.	Tipo I	Disfunção da musculatura respiratória
Cifoesciose; obesidade; tórax instável (múltiplas fraturas de costelas); contusão pulmonar.	Tipo I	Disfunção da parede torácica e pleura
Edema de laringe (traumático, anafilático); aspiração de corpo estranho; paralisia de cordas vocais bilateralmente; estenose de traqueia, traqueomalácia; tumores nas vias aéreas superiores; apneia do sono obstrutiva.	Tipo I	Obstrução das vias aéreas superiores
Lesões estruturais do SNC (neoplasia, infarto, hemorragia, infecção); drogas depressoras do SNC; doenças da medula: trauma raqui-medular, neoplasia, infecção, infarto, Síndrome de <i>Guillain-Barré</i> , poliomielite.	Tipo II	Nervoso central
Doenças causadas por neurotoxinas: tétano, botulismo, difteria; <i>Miastenia gravis</i> ; Paralisia diafragmática bilateral; Intoxicação por organofosforado.	Tipo II	Nervoso periférico

(Quadro 1- Principais causas relacionadas à classificação da IRespA e o sistema que foi afetado) .

Fonte: Adaptado de Pádua; Alvares; Martinez, (2003) e Paes et al., (2014).

É importante distinguir a insuficiência respiratória aguda e crônica. Após um episódio de insuficiência respiratória aguda que se desenvolveu insidiosamente ou que tem persistido por um longo período, pode ocorrer uma deterioração da função da troca gasosa do pulmão, resultando em insuficiência respiratória crônica. A ausência de sintomas agudos e a presença de acidose respiratória sugere a cronicidade da insuficiência respiratória. Duas causas de insuficiência respiratória crônica são a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e doenças neuromusculares. Pacientes com estes distúrbios desenvolvem a tolerância a uma piora gradual da hipoxemia e da hipercapnia (PÁDUA; ALVARES; MARTINEZ, 2003).

### 3.2 Abordagem diagnóstica e terapêutica frente à Insuficiência Respiratória Aguda

Sabe-se que o enfermeiro é conhecedor do Processo de Enfermagem (PE), ferramenta indispensável que auxilia e dinamiza o seu trabalho. O PE é composto por cinco fases, que norteiam o cuidado ao paciente, sendo elas: coleta de dados, identificação dos Diagnósticos de Enfermagem, planejamento das intervenções, implementação dos cuidados e avaliação (SILVA; REIS; JESUS, 2014).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são classificados pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e tem atualmente 13 Domínios e 244 DE

em sua versão 2012-2014 / Taxonomia II. Os DE são definidos como respostas aos problemas de saúde reais ou potenciais, sendo a base para propor as intervenções de responsabilidade do enfermeiro quanto aos problemas de saúde detectados (NANDA, 2018).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), são sinais e sintomas respiratórios: dispneia, tiragens intercostais e subdiafragmáticas, tiragens de fúrcula, batimento de asa de nariz, diminuição ou ausência dos sons respiratórios. O estridor está presente em obstruções da via aérea superior, sibilos nas obstruções de via aérea inferior e crepitações nas doenças do parênquima pulmonar. O gemido é um sinal de alerta importante de fadiga. Cianose é um sinal tardio. Sinais cardiovasculares como taquicardia ou bradicardia, hipotensão, hipertensão, má perfusão periférica indicam maior gravidade, podendo estar associada à irritação, sonolência, fadiga e sudorese (SBP, 2017).

Os diferentes sinais e sintomas da IRpesA podem ser divididos em dois grandes grupos, as dependentes da diminuição da PaO<sub>2</sub> e as dependentes da elevação da PaCO<sub>2</sub>. Essas manifestações clínicas dependem da etiologia e das respostas que ocorrem em função da hipoxemia e hipercapnia. A história clínica e o exame físico são importantes para estabelecer a etiologia da IRpA. Portanto, o diagnóstico da IRespA, deve ser precoce e preciso, depende da análise gasométrica do sangue arterial (PINHEIRO; PINHEIRO; MENDES, 2015; PAES et al., 2014).

A escolha do sistema de oferta de O<sub>2</sub> é determinada pela condição clínica do paciente e pela concentração desejada de oxigênio, podendo ser ofertado por cateter nasal O<sub>2</sub>, máscara de venturi, máscara interface e intubação endotraqueal ou por traqueostomia. Nos pacientes com IRespA, o uso precoce e bem indicado de Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) (fornece Pressão Positiva Contínua (CPAP) ou Dois Níveis de Pressão (BIPAP) através de uma interface) resultando na diminuição da necessidade de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e por consequência, menos complicações durante a hospitalização, e menor mortalidade na UTI e no hospital (BARRETO et al., 2015).

Corroborando com esse método o Departamento Científico de Terapia Intensiva da SBP relata que a VMI está indicada quando há falhas nas tentativas anteriores de fornecer oxigenação e ventilação adequadas, ressaltando que nos casos mais graves, em que se faz necessária a intubação traqueal, não é preciso aguardar os resultados de gasometria arterial para a tomada de decisão quanto à intubação (SBP, 2017).

Holanda (2012) ressalta que o suporte ventilatório mecânico invasivo ou não invasivo é utilizado com os seguintes objetivos: Alívio do desconforto respiratório; Correção da acidose respiratória e da hipoxemia; Reversão da fadiga muscular respiratória; Reversão e/ou prevenção de atelectasias; Diminuição do consumo de O<sub>2</sub> da musculatura respiratória; Aumento da oferta de O<sub>2</sub> aos tecidos e Diminuição da hipertensão intracraniana.

A carência prolongada de oxigênio pode atingir outros órgãos do sistema e causar complicações severas, como a insuficiência renal e parada cardiorrespiratória, além do desenvolvimento de um quadro crônico, no qual o paciente precisa ficar em uso contínuo de oxigenoterapia seja por cateter nasal, VMNI ou VMI (MATSUDO, 2012).

Frente a essas informações as terapêuticas dirigidas aos pacientes com IRespA tem como primícias a manutenção da via aérea superior, oferecer suporte respiratório (oxigenação e ventilação), otimizar suporte cardiovascular e tratamento da doença de base (SERRANO et al., 2014).

A alteração da frequência e ou ritmo respiratório é considerada como achado básico da insuficiência respiratória aguda, mas é necessário que estejam associados a outros sinais ou sintomas. Portanto, é fundamental que o enfermeiro conheça as principais causas da IRespA, bem como os sinais e sintomas, para assim aplicar o PE, visando identificar o DE e implementar intervenções de enfermagem necessárias para esse paciente.

### 3.3 Cuidados de enfermagem baseados em técnicas ofertados ao paciente com Insuficiência Respiratória Aguda

A insuficiência respiratória aguda é uma condição crítica que exige avaliação e intervenções dinâmicas. Abaixo foram listados os principais cuidados e intervenções encontrados nos artigos que compuseram esse estudo.

Autores/ Ano	Título dos artigos	Intervenções/cuidados
HOLANDA, 2012.	Insuficiência Respiratória Aguda: classificação, abordagem diagnóstica e terapêutica.	Análise da gasometria e monitorar oximetria.
MATSUNO, 2012.	Insuficiência respiratória aguda na criança.	Reconhecimento precoce e o início rápido de tratamento.
FONSECA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2013.	Avaliação e manejo inicial da insuficiência respiratória aguda na criança.	Garantir vias aéreas e dar suporte de oxigenação.
SILVA; REIS; JESUS, 2014.	Processo de enfermagem aplicado ao contexto da insuficiência respiratória: implicações na assistência ao paciente crítico.	Identificar os Diagnósticos de enfermagem e implementar as intervenções de acordo com o NANDA e NIC respectivamente.
PAES, et al. 2014.	Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem.	Identificação das prioridades/ padronização de etapas, agilidade na assistência.
PINHEIRO; PINHEIRO; MENDES, 2015.	Entendendo melhor a Insuficiência Respiratória Aguda.	Interpretação adequada da gasometria arterial e tratamento de suporte.
SERRANO et al., 2014.	Insuficiência respiratória aguda	Conhecer e interpretar os exames complementares e implementar medidas de monitoramento e terapêuticas.

**Quadro 2-** Autores/Ano, título dos artigos e intervenções cuidativas ao paciente com IRespA.

**Fonte:** Artigos extraídos das bases de dado: SCIELO, LILACS E BDEFN.

É imprescindível que o enfermeiro realize todas as etapas do PE. Salienta-se que em situações de emergência isso não seja possível. Contudo, a conduta do enfermeiro em liderar sua equipe, necessita ser realizada de forma rápida e eficiente, para tanto o enfermeiro precisa conhecer os principais critérios de avaliação respiratória (FONSECA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2013).

Matsudo (2012) ressalta que as crianças são mais suscetíveis aos problemas respiratórios, portanto, o autor enfatiza o uso dos dispositivos mais adequados para deliberação de oxigênio. Para tanto, é imprescindível o reconhecimento precoce e o início rápido de tratamentos para assim, obter um bom desfecho.

Todos os cuidados devem ser baseados em evidências, a partir da anamnese e exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta), bem como na análise dos exames laboratoriais e de imagem, visto que o enfermeiro tem competência e conhecimento teórico-científico para intervir de maneira sistematizada (SERRANO et al., 2014).

Abaixo foram reunidos os principais achados na literatura, como principais cuidados ao paciente com IRespA, baseados em evidências técnicas

1. Abra as vias aéreas e posicione o paciente em decúbito dorsal horizontal;
2. Hiperextenda o pescoço, salvo em suspeita de trauma cervical;
3. Retire prótese dentária;
4. Aspire vias aéreas superiores, se necessário;
5. Elevar cabeceira, exceto se houver risco de trauma raquimedular (Posição semisentada);
6. Instale oxigenioterapia conforme prescrição;
7. Assegurar e verificar a permeabilidade da via aérea e a necessidade de intubar o paciente (sinais de gravidade);
8. Monitorização contínua (oximetria, monitor cardíaco);
9. Obter acesso venoso;
10. Administrar medicações conforme prescrição;
11. Cateterismo vesical para medir a diurese;
12. Providenciar os exames complementares;
13. Providenciar inalação com beta-agonistas conforme prescrição médica;
14. Considerar a necessidade passagem de gástrica em caso de abdome distendido;
15. Considerar o início da terapia específica para doença de base;
16. Determinar a necessidade de internação em UTI, caso não esteja.

É importante mencionar que cuidados posteriores devem ser realizados, inclusive a enfermagem é o elo com a equipe multiprofissional, dentre eles: psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, para a prestação de uma melhor assistência.

Os cuidados em enfermagem devem ser prestados de forma dinâmica e holística, com a finalidade de assistir o paciente em todas suas necessidades e não com foco apenas na doença. Diante desse contexto, enfatiza-se a necessidade do enfermeiro e demais membros manterem-se atualizados nas condutas intervencionistas por meio de técnicas aprimoradas e humanizadas.

### 3.4 Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos Clientes com Distúrbios Respiratórios Agudos

Não há definido um protocolo pelo Ministério da Saúde para os casos de IRespA, porém no estudo de Paes et al., (2014) no qual os autores objetivaram elaborar um protocolo de assistência voltado para esse grupo de pacientes constituído de três fases.

A Primeira fase é baseada no Histórico de Enfermagem realizado na admissão do paciente. Na segunda fase, o profissional deve estar atento aos sinais e sintomas apresentados pelo paciente com suporte quadro de IRespA, portanto essa fase é denominada Sinal Guia.

Esse modelo de protocolo pode ser visualizado para melhor compreensão nas páginas seguintes nas figuras 2 e 3.



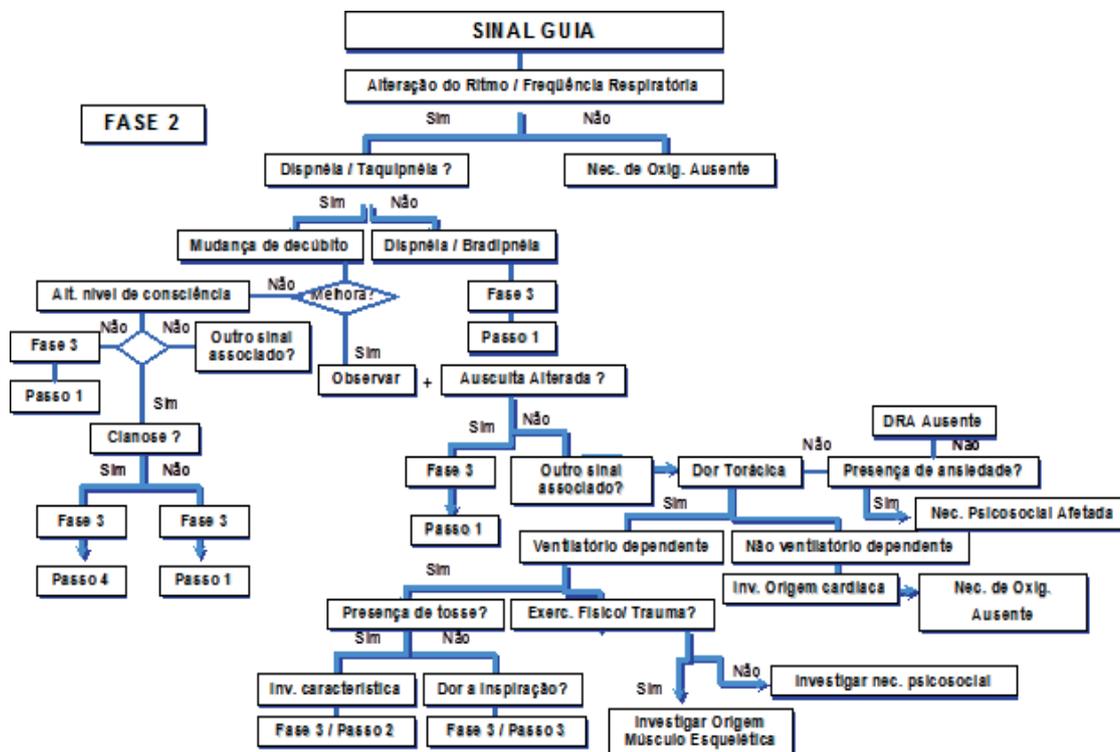


Figura 2 - Fases 1 e 2 do Modelo do protocolo para IRespA

Fonte: Adaptado de Paes et al (2014).

Já a terceira fase denominada de avaliação complementar e intervenções é mais complexa, sendo constituída por quatro passos, sendo estes: 1) Manutenção e Permeabilidade das vias; 2) Promover expansibilidade torácica; 3) Coleta de gasometria arterial e 4) Instalar oxigenoterapia.

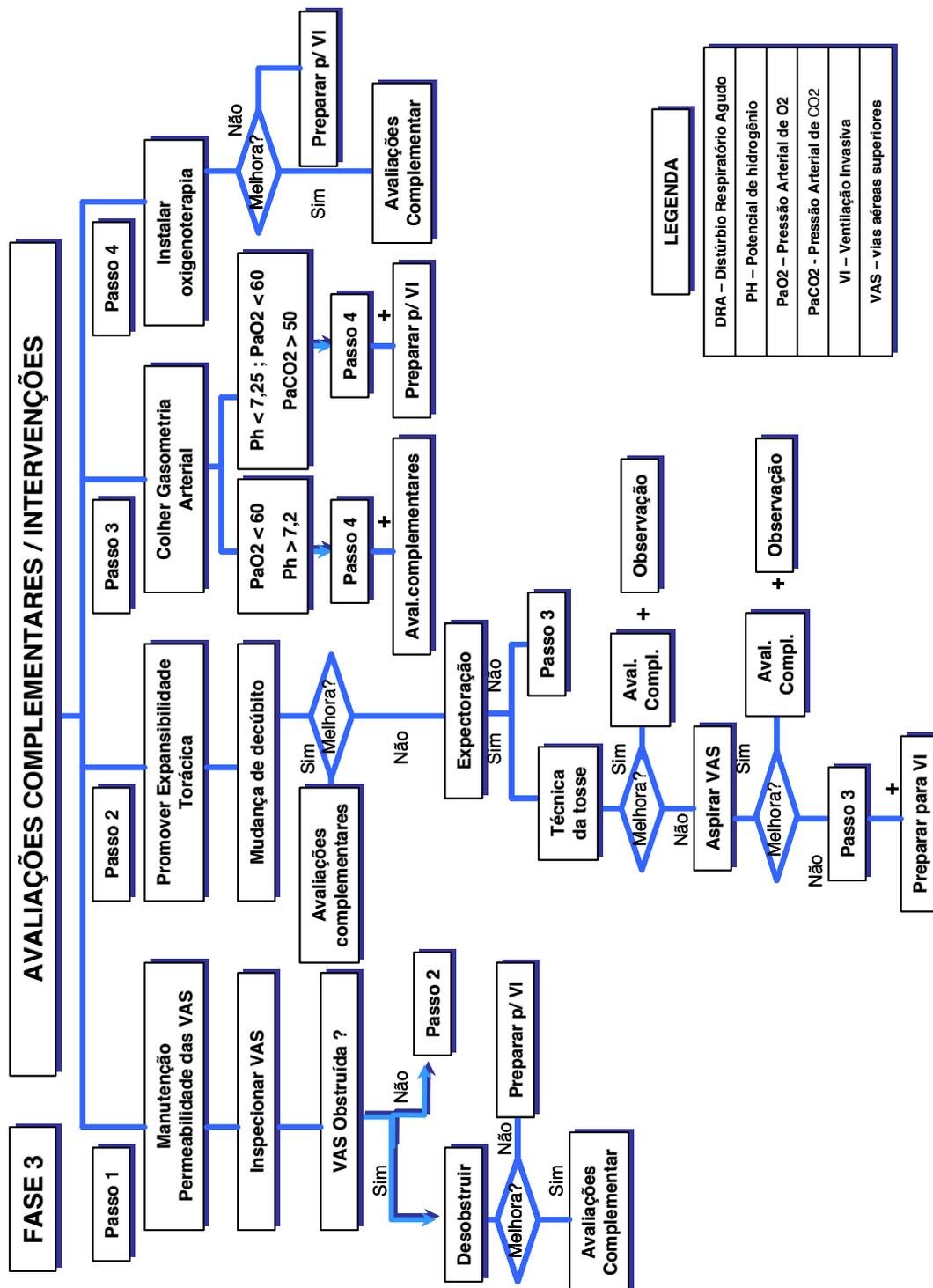


Figura 3- Fase 3 do Modelo do protocolo para IRespA

Fonte: Adaptado de Paes et al., (2014).

Por tratar-se de um estudo experimental e que foi capaz de desencadear mudanças positivas com aumento dos enfermeiros participantes na posição de concordância em relação a melhores práticas e condutas em quase todos os domínios na intenção de aprimorar os cuidados aos pacientes com IRespA, uma vez que identifica as prioridades e propõe uma padronização de etapas para assim ter mais agilidade na assistência (PAES et al., 2014).

## 4 | CONCLUSÃO

Os autores acreditam que todos os objetivos propostos foram plenamente alcançados e todas as hipóteses levantadas revelaram-se verdadeiras. Isso foi demonstrado no tópico 3, que descreveu a patologia, suas causas e complicações bem como as considerações da literatura.

A Insuficiência Respiratória Aguda é a incapacidade dos pulmões de realizarem a adequada oxigenação ou ventilação para o sangue. É a síndrome de maior prevalência em Unidades de Terapia Intensiva, causada por muitas doenças, e apresenta elevado índice de mortalidade.

Pacientes com comprometimento do sistema respiratório podem apresentar graves complicações, mas uma equipe de enfermagem bem treinada e qualificada para prestar um pronto atendimento pode garantir muitos benefícios na recuperação do paciente.

Para prestar uma assistência mais qualificada e evitar riscos aos pacientes com distúrbios respiratórios agudos o profissional de enfermagem deve aperfeiçoar sua atuação para evitar erros que possam afetar negativamente o tratamento.

A abordagem do profissional de enfermagem junto aos pacientes acometidos por Insuficiência Respiratória Aguda deve criar condições para uma adequada ventilação e oxigenação através de medidas como desobstrução das vias aéreas e aplicação de oxigenoterapia, além de garantir o posicionamento adequado para garantir o conforto do paciente e sua monitorização. Sua atuação é extensa e evita complicações, reduz o tempo de internação e a ocorrência de óbitos.

Após a realização desta pesquisa foi possível concluir que a implantação de protocolos para os profissionais de enfermagem em suas atividades laborais podem facilitar a assistência aos pacientes, sem esquecer que cada paciente possui suas peculiaridades. A implementação do plano de cuidados de cada paciente deve levar em conta estas singularidades, pois o ato de cuidar exige técnica, mas também subjetividade. Também foi possível concluir que a prática clínica do enfermeiro, notadamente quanto aos pacientes críticos, como os acometidos por IRespA, deve incorporar medidas psicossociais para diminuir a ansiedade do paciente e facilitar o processo terapêutico.

Sugere-se a realização de estudos futuros para aprofundamento sobre a temática, uma vez que a literatura em língua portuguesa é escassa, constituindo assim, uma limitação para esse artigo.

Sugere-se também estudos experimentais de implementação e validação de protocolos para o atendimento aos pacientes acometidos por Insuficiência Respiratória Aguda, os quais podem contribuir para a incorporação de melhores evidências a serem aplicadas ao processo de enfermagem e suas variadas dimensões do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, LM et al. Principais características observadas em pacientes com doenças hematológicas admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.27, n.3, p. 212-219, 2015.
- ERCOLE, FF; MELO, LS, ALCOFORADO, CLCG. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **REME- Rev Min Enferm.** v.18, nº1, p. 1-260, jan/mar, 2014.
- FONSECA, JG; OLIVEIRA, AMLS; FERREIRA, AR. Avaliação e manejo inicial da insuficiência respiratória aguda na criança. **Rev Med Minas Gerais**, v 23, n.2, p.196-203, 2013.
- GOUVEIA, LMB. **Insuficiência Respiratória Aguda**. 2012. Disponível em: <http://fisiobrasaogouveia.blogspot.com.br/2012/12/insuficiencia-respiratoria-aguda.html>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- HOLANDA, MA. **Insuficiência Respiratória Aguda**: classificação, abordagem diagnóstica e terapêutica. 2012. Disponível em: < <https://xlung.net/manual-de-vm/insuficiencia-respiratoria-aguda>>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- LOPES, IL. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 60-71, maio-ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12909.pdf>>. Acesso em: 18 jun.2018.
- MATSUNO AK. Insuficiência respiratória aguda na criança. **Revista Medicina**; v. 45, n. 2, p. 168-84, Ribeirão Preto, 2012.
- MINAYO, MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n 3, p. 621-626, São Paulo, 2013.
- NANDA- **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2018-202. 11<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
- PÁDUA, AI; ALVARES, F; MARTINEZ JAB. Insuficiência respiratória. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.36, p.205-213, abr.- dez. 2003.
- PAES, GO et al. Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.18, n.2, p.303-310, 2014.
- PINHEIRO, BV; PINHEIRO, GSM; MENDES, MM. Entendendo melhor a Insuficiência Respiratória Aguda. **Pulmão**; v.24, n.3, p.3-8, RJ 2015.
- PRODANOV, CC; FREITAS, EC. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale,2013.
- RESTREPO, M.I., MORTENSEN, E.M.; RELLO, J.; BRODY, J.; ANZUETO, A. A internação tardia na UTI em pacientes com pneumonia adquirida na comunidade está associada a maior mortalidade. **Pulmão**. v.137, p.552-7, 2010.
- SERRANO, DAR. et al. Insuficiência respiratória aguda. **Medicine**, v.11, n.63, p. 3727-34, 2014.
- SILVA, LEL; REIS, PED; JESUS, CAC. Processo de enfermagem aplicado ao contexto da insuficiência respiratória: implicações na assistência ao paciente crítico. **Rev enferm UFPE on line**, v.8, n.8, p.2746-53, Recife, ago, 2014.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Insuficiência Respiratória Aguda**. Departamento Científico de Terapia Intensiva, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Terapia\\_\\_Insuficiencia\\_Respiratoria\\_Aguda.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Terapia__Insuficiencia_Respiratoria_Aguda.pdf)> Acesso em: 22 jun 2018.

## ANEXO

Título do Artigo	
Título do Periódico	
Autores	Nome
	Local de Trabalho
	Graduação
País	
Ano de Publicação	

### 1. Identificação

Hospital	
Universidade	
Centro de Pesquisa	
Instituição Única	
Pesquisa Multicêntrica	
Outras Instituições	
Não identifica o local	

### 2. Instituição Sede do Estudo

Publicação de Enfermagem	Especialidade.....
Publicação Médica	
Publicação de outras áreas da Saúde	

### 3. Tipo de Revista Científica

Tipo de Publicação	4.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem Quantitativa <input type="checkbox"/> delineamento experimental <input type="checkbox"/> delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> delineamento não experimental <input type="checkbox"/> Abordagem Qualitativa
	4.2 Não Pesquisa <input type="checkbox"/> revisão da literatura <input type="checkbox"/> relato de experiência <input type="checkbox"/> outras, qual? .....
Objetivo ou Questão de investigação	

Amostra	Seleção: ( ) randômica ( ) conveniência ( ) outra .....
	Tamanho: (n) inicial: ..... final: .....
	Características: Idade: ..... Sexo: M ( ) F ( ) Raça:..... Diagnóstico:..... Tipo de cirurgia:.....
	Critérios de inclusão / exclusão dos sujeitos:
Tratamento dos dados	
Intervenções realizadas	Variável independente (intervenção):..... Variável dependente: ..... Grupo controle: Sim ( ) Não ( ) Instrumento de Medida: Sim ( ) Não ( ) Duração do estudo: ..... Métodos empregados para mensuração da intervenção: ..... .....
Resultados	
Análise	Tratamento Estatístico:..... Nível de Significância: .....
Implicações	As conclusões são justificadas com bases nos resultados:.....Quais as recomendações dos autores? .....
Nível de Evidência	

#### 4. Características Metodológicas do Estudo

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/ exclusão, intervenção, resultados)	
---	--

#### 5. Avaliação do rigor metodológico

## FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO ENTRE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

### **Silvânia Medina de Souza**

Enfermeira. Professor Substituto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

### **Luana Vieira Toledo**

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. Minas Gerais. Brasil.

### **Érica Toledo de Mendonça**

Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais. Brasil.

### **Nádia Aparecida Soares Diogo**

Enfermeira. Mestre em Ciências de La Educación Física El Deporte y Recreación. Profissional vinculada ao Centro Estadual de Atendimento Especializado. Viçosa, Minas Gerais. Brasil.

### **Tiago Ricardo Moreira**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais. Brasil.

### **Lídia Miranda Brinati**

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Coordenadora da equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital São Sebastião. Viçosa, Minas Gerais. Brasil.

### LACK OF ADHERENCE TO THE TREATMENT BETWEEN CARRIERS OF DIABETES MELLITUS: CHARACTERIZATION OF THE DIAGNOSIS OF NURSING

**RESUMO: Objetivo:** Verificar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão” e de suas características definidoras entre portadores de Diabetes Mellitus. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo documental realizado a partir da análise dos prontuários dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Secundário no ano de 2015. Foram analisados os dados de 88 prontuários mediante a utilização de um instrumento contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida relacionados às características definidoras do diagnóstico “Falta de Adesão”. Procedeu-se a análise descritiva das frequências absoluta e relativa das variáveis coletadas. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer 1.874.197). **Resultados:** Houve um predomínio de usuárias do sexo feminino, casadas, com idade  $\geq$  50 anos e com até oito anos de estudo. Todos os pacientes (88 – 100,0%) apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão”, sendo em sua maioria, caracterizado pela Falha em Alcançar os Resultados (86 - 97,7%) e pelo Comportamento de Falta de Adesão (83 – 94,0). **Conclusão:** Percebe-se a necessidade de mudança do modelo assistencial biomédico

para um modelo orientado pela integralidade do cuidado, a fim de perceber as reais necessidades dos usuários para uma melhor adesão ao seu tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Secundária à Saúde; Autocuidado; Enfermagem; Diabetes Mellitus; Diagnósticos de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser considerado como uma alteração metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. Configura-se como um importante problema de saúde pública, dada sua crescente prevalência, elevado índice de morbimortalidade, além de seus impactos socioeconômicos e biológicos (BRASIL, 2013; SBD, 2016; IDF, 2017).

O diabetes pode ser etiologicamente classificado em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM 1), DM tipo 2 (DM 2), outros tipos específicos de diabetes e DM gestacional (SBD, 2016). Dentre os diferentes tipos de diabetes, o DM tipo 2 é considerado a forma mais frequente, abrangendo cerca de 90% dos casos de diabetes da população (BRASIL, 2013; SBD, 2016). O início do DM tipo 2 pode apresentar-se de forma assintomática ou com sintomas moderados por vários anos, dificultando o seu diagnóstico precoce, a adesão dos indivíduos ao tratamento e o melhor prognóstico da doença, além de contribuir para a exacerbação dos sintomas e aumento do risco de complicações (BRASIL, 2013).

O DM, quando não tratado, pode provocar a disfunção e a falência de órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. As complicações do DM influenciam tanto a vida do seu portador quanto o sistema de saúde, levando ao aumento de internações, invalidez, óbitos e da demanda e gastos para o sistema de saúde, sobretudo com o atendimento em serviços especializados. O aumento dessas complicações está intimamente relacionado à não adesão dos pacientes ao tratamento (IDF, 2017). Neste contexto, a equipe de enfermagem deve avaliar as particularidades de cada paciente e implementar uma assistência sistematizada e efetiva, identificando e intervindo sobre os fatores que dificultam a efetividade do tratamento e levam ao aumento das complicações (FARIA et al., 2014).

Para prestar uma assistência de enfermagem ao portador de DM, de forma organizada, integral, individualizada, resolutiva e de qualidade, torna-se imprescindível a utilização do Processo de Enfermagem (PE). O PE é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e compreende cinco etapas, inter-relacionadas, denominadas de investigação ou coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência em enfermagem (COFEN, 2009). Durante a coleta de dados são obtidas informações que subsidiarão a assistência de enfermagem. Já a etapa de diagnósticos de enfermagem consiste na organização e agrupamento dos dados coletados para a identificação dos

chamados problemas de enfermagem, no qual se insere a não adesão ao tratamento (NANDA, 2015).

Entendendo que a não adesão ao tratamento constitui-se como um problema de enfermagem que necessita de cuidados, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), incorporou à sua lista o Diagnóstico de Enfermagem (DE) intitulado Falta de Adesão. Ele é definido como um comportamento do indivíduo que deixa de coincidir com um plano terapêutico previamente acordado entre a pessoa e o profissional de saúde. Esse comportamento pode ser total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos (NANDA, 2015).

No controle do DM a falta de adesão ao tratamento é um desafio que permeia o cotidiano dos serviços de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde busquem estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação (FARIA et al. 2014). Apesar do DE “Falta de Adesão” ser frequentemente encontrado entre os diabéticos, ainda há carência de estudos que se destinem a avaliar as características definidoras mais prevalentes. A partir do conhecimento das características definidoras serão planejados os resultados de enfermagem a serem alcançados com o objetivo de se estabelecer intervenções para que a falta de adesão seja resolvida ou minimizada, proporcionando assim maior efetividade ao tratamento dos diabéticos e redução do número de complicações.

Nesse contexto, delineou-se este estudo com o objetivo de verificar a prevalência do Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão” e de suas características definidoras entre os portadores de DM.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo documental, realizado a partir da análise dos prontuários dos portadores de DM atendidos em um Centro de Referência Secundário. O referido Centro é um programa de abrangência regional, localizado em uma cidade de médio porte de Minas Gerais, criado para prestar assistência multi e interdisciplinar aos portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica.

Foram incluídos na amostra os registros do primeiro atendimento dos portadores de DM no período de janeiro a dezembro de 2015. Foram excluídos aqueles prontuários que não apresentaram informações legíveis ou suficientes para determinar a prevalência do diagnóstico “Falta de Adesão”. Ao final foram analisados os dados de 88 prontuários de portadores de DM.

A coleta de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2016. Utilizou-se um instrumento elaborado pelas próprias pesquisadoras contendo dados sociodemográficos, clínicos e hábitos de vida relacionados às características definidoras do DE “Falta de Adesão”. Este instrumento foi construído tomando-se como referência as definições das características definidoras empregadas em um

estudo realizado por uma pesquisadora da Universidade Federal do Ceará, com a população de pacientes hipertensos (OLIVEIRA, 2011).

Para determinar a presença do DE Falta de Adesão foi considerada a presença de alguma informação no prontuário que estivesse relacionada com pelo menos uma de suas características definidoras, sendo elas: complicação relativa ao desenvolvimento, comportamento de falta de adesão, exacerbação de sintomas, falha em alcançar os resultados e falta a compromissos agendados.

No que tange às definições operacionais, foi considerada como a presença de complicação relativa ao desenvolvimento a manifestação de sinais e sintomas de complicações da doença (OLIVEIRA, 2011). Nesse estudo as variáveis questionadas foram: Possui retinopatia, nefropatia, neuropatia ou coronariopatia? Sofreu algum Acidente Vascular Encefálico (AVE)? Possui Doença Arterial Periférica? Possui perda da sensibilidade protetora plantar? Possui deformidade/amputação nos pés decorrentes do DM? Apresenta algum sintoma autonômico (hipotensão postural, diarreia diabética, gastroparesia, anormalidade na sudorese, incontinência urinária, impotência sexual)?

O comportamento de falta de adesão foi caracterizado por atitudes do paciente que não se engaja adequadamente em comportamentos recomendados e/ou se engaja em comportamentos não saudáveis e/ou demonstra interesse/esforço em seguir as recomendações profissionais ou em adquirir conhecimentos sobre a doença (OLIVEIRA, 2011). Avaliou-se as seguintes variáveis: Sentário? Etilista? Tabagista? Obeso? Ingestão de água <2l/dia? Ausência de controle glicêmico? Ausência de cuidados com os pés?

A exacerbação de sintomas foi referenciada como a demonstração de prejuízos no controle da doença com o estabelecimento de sintomas clássicos de alteração da normalidade (OLIVEIRA, 2011). As variáveis representativas dessa característica foram: prejuízo no controle da glicose – valores dos exames alterados? Queixas de poliúria, polidipsia, polifagia ou perda de peso?

A falha em alcançar os resultados foi considerada como a não obtenção dos benefícios esperados após a instituição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso (OLIVEIRA, 2011). Nesse estudo as variáveis avaliadas foram: Nível de hemoglobina glicada >6,5%? Glicemia capilar de jejum  $\geq 126$ mg/dL? Glicemia pós-prandial  $\geq 199$ ?

Por fim, a falta a compromissos agendados foi caracterizada pela dificuldade que o paciente apresenta em comparecer às consultas agendadas e/ou dificuldade em adotar e manter hábitos de vida saudáveis (OLIVEIRA, 2011). Nessa investigação a variável analisada foi: Faltou à consulta de retorno?

Todas as variáveis referentes ao DE foram respondidas de forma dicotômica (sim/não) e nos casos em que não houve registros sistemáticos sobre o questionamento, foi considerado como “sem informação”. Cada característica definidora foi considerada como prevalente quando houve, no mínimo, uma questão respondida de forma

positiva.

Após a coleta, os dados obtidos foram digitados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Para análise descritiva das variáveis quantitativas foram apresentadas tabelas de frequência absoluta e relativa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEPH-UFV) sob o parecer nº 1.874.197 e desenvolvido em consonância com os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Entre os 88 participantes a idade média foi de 59,8 anos; variando de 30 a 85 anos. Houve um predomínio de diabéticos do sexo feminino (63 – 71,6%), casadas (47 – 53,4%), com baixo nível de escolaridade (até 8 anos de estudo) (62 – 70,4%) e sem atividade profissional (59 – 67,0%) (tabela 1).

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Idade</i>		
30 – 39	7	7,9
40 – 49	9	10,2
50 – 59	29	33,0
60 – 69	22	25,0
70 – 79	19	21,6
80 – 85	2	2,3
<i>Sexo</i>		
Feminino	63	71,6
Masculino	25	28,4
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	6	6,8
Casado	47	53,4
Divorciado	10	11,4
União estável	4	4,5
Viúvo	19	21,6
Sem informação	2	2,3
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	20	22,7
Ensino Fundamental Incompleto	42	47,7
Ensino Fundamental Completo	10	11,4
Ensino Médio Incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	10	11,4
Ensino Superior Incompleto	-	-
Ensino Superior Completo	2	2,3
Sem informação	4	4,5
<i>Atividade Profissional (Ocupação)</i>		

Sim	23	26,1
Não	59	67,0
Sem informação	6	6,9

Tabela 1- Características sociodemográficas dos portadores de DM atendidos no Centro de Referência Secundário. Viçosa, MG. 2017.

Todos os participantes (88 – 100,0%) apresentaram o Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão”. No que se refere às características definidoras deste diagnóstico, foi observada uma alta prevalência da falha em alcançar os resultados (86 - 97,7%) e do comportamento de falta de adesão (83 – 94,3%), conforme apresentado na Tabela 2.

Características Definidoras		N	%
Complicação relativa ao desenvolvimento	Presente	68	77,3
	Ausente	20	22,7
Exacerbação de sintomas	Presente	08	9,1
	Ausente	53	60,2
	Sem informação	27	30,7
Comportamento de falta de adesão	Presente	83	94,3
	Ausente	05	5,7
Falha em alcançar os resultados	Presente	86	97,7
	Ausente	02	2,3
Falta a compromissos agendados	Presente	22	25,0
	Ausente	45	51,1
	Sem informação	21	23,9

Tabela 2- Características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Falta de Adesão” entre os portadores de DM atendidos no Centro de Referência Secundário. Viçosa, MG. 2017.

Dentre as variáveis que representam a característica definidora “Falha em Alcançar Resultados” pode-se perceber que, neste estudo, o exame de hemoglobina glicosilada alterado foi o mais prevalente entre os diabéticos (83 -94,3%) (tabela 3).

Variáveis		N	%
Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5$	Sim	83	94,3
	Não	02	2,3
	Sem informação	03	3,4
Glicemia capilar $\geq 126$	Sim	43	48,9
	Não	20	22,7
	Sem informação	25	28,4

Glicemia pós-prandial $\geq 200$	Sim	51	58,0
	Não	23	26,1
	Sem informação	14	15,9

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relacionadas à característica definidora de falha em alcançar resultados entre os portadores de DM atendidos no Centro de Referência Secundário. Viçosa, MG. 2017.

Em relação às variáveis referentes à característica “Comportamento de Falta de Adesão”, destacou-se a presença de inapropriados cuidados específicos com os pés, onde 49 (55,7%) dos diabéticos realizam o corte inadequado das unhas e 48 (54,5%) utilizam calçados inadequados, como disposto na tabela 4.

Variáveis		N	%
Sedentarismo	Sim	30	34,1
	Não	57	64,8
	Sem informação	01	1,1
Etilismo	Sim	09	10,3
	Não	78	88,6
	Sem informação	01	1,1
Tabagismo	Sim	11	12,5
	Não	77	87,5
Ausência de controle dos valores Glicêmicos	Sim	29	33,0
	Não	58	65,9
	Sem informação	01	1,1
Ausência de realização do autoexame dos pés	Sim	45	51,1
	Não	43	48,9
Higiene dos pés prejudicada	Sim	04	4,5
	Não	84	95,5
Ausência da correta secagem entre os dedos dos pés	Sim	08	9,1
	Não	80	90,9
Uso de calçado inadequado	Sim	48	54,5
	Não	40	45,5
Corte inadequado das unhas dos pés	Sim	49	55,7
	Não	39	44,3

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas à característica definidora de comportamento de falta de adesão entre os portadores de DM atendidos no Centro de Referência Secundário. Viçosa, MG. 2017.

## DISCUSSÃO

A Falta de Adesão permeia todos os pacientes diabéticos estudados. Observou-se que dentre eles houve um predomínio de usuárias do sexo feminino, casadas, com baixa escolaridade (até 8 anos de estudo) e com idade maior que 50 anos. A seleção de estudos voltados para a problemática do DM revela um resultado linear onde se observa uma prevalência desta patologia entre uma população predominantemente de adultos e idosos, do sexo feminino e com baixo grau de instrução, considerando-se até oito anos de estudo (CECÍLIO, 2015; SILVA, 2012; NETA, 2015; MARINHO, 2012).

O diabetes, assim como as demais doenças crônicas, tem sua prevalência aumentada em pessoas acima de 50 anos e tem crescido de forma significativa, principalmente nos países em desenvolvimento (IDF, 2017; HERMAN et al., 2012). Esta realidade demonstra o crescente processo de envelhecimento e a adoção de hábitos pouco saudáveis pela população brasileira, como dieta inadequada e sedentarismo (CORTEZ et al., 2015). Ainda, caracteriza a transição demográfica e a necessidade dos profissionais de saúde arquitetarem planejamentos estratégicos e programas de atendimentos específicos às comorbidades e características sociodemográficas da sua população, oferecendo ao indivíduo maneiras de promover o controle metabólico e o autocuidado (GINTER et al., 2012; PAIM et al., 2011).

O crescente aumento das complicações do diabetes relaciona-se a não adesão dos pacientes ao tratamento, admite-se então que a atuação sistemática do enfermeiro nesse contexto é essencial. O PE busca orientar a prática do enfermeiro a fim de identificar a partir da coleta de dados os potenciais e reais problemas de enfermagem, definir claramente os diagnósticos aplicáveis em cada caso, bem como traçar resultados e intervenções que tenham o propósito de solucionar os problemas (NANDA, 2015).

Neste contexto, ressalta-se a importância das características definidoras dos Diagnósticos de Enfermagem, as quais são consideradas como indicadores clínicos que devem subsidiar o planejamento dos resultados a serem alcançados (NANDA, 2015). Nesta investigação, a Falha em Alcançar Resultados foi considerada a característica definidora mais prevalente, presente em 86 (97,7%) diabéticos. A segunda característica mais prevalente foi o Comportamento de Falta de Adesão, presente em 83 (94,3%) diabéticos.

A maioria dos diabéticos encaminhados para o Centro de Referência foi admitida com alterações nos exames laboratoriais, apresentando elevados valores de hemoglobina glicosilada 83 (94,3%) e glicemia pós-prandial 51 (58,0%). Considerando o controle glicêmico dos pacientes diabéticos, um dos principais critérios utilizados é a manutenção dos níveis de HbA1c dentro da normalidade. Verificou-se que este controle não obteve êxito entre a população estudada, sendo a principal variável caracterizadora da Falha em Alcançar Resultados. De forma similar, pesquisas

realizadas em outros municípios brasileiros identificaram que mais da metade dos pacientes diabéticos apresentavam a HbA1c  $\geq 6,5\%$  (SÁ et al., 2014; RODRIGUES, 2011).

No que tange aos Comportamentos de Falta de Adesão, observou-se a elevada prevalência da realização de cuidados inadequados com os pés, sobretudo o corte inadequado das unhas (55,7%), o uso de calçados inadequados (54,5%) e a ausência do hábito de examinarem os pés (51,1%). A ausência de comportamentos que reafirmem uma adesão ao tratamento não medicamentoso pode desencadear complicações severas, exemplo claro é o pé diabético. O Pé Diabético está entre as complicações mais frequentes do DM e é definido por alterações neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer isoladas ou em conjunto nos pés e membros inferiores dos diabéticos (BRASIL, 2016).

Em um estudo realizado em Florianópolis-SC com o objetivo de avaliar os fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético, observou-se uma relação direta com o corte das unhas dos pés, onde 65% dos participantes que apresentaram o pé diabético não realizava o corte de maneira correta, utilizando material pontiagudo como alicates e removendo os cantos das unhas e cutículas. Observou-se também que apenas 35,81% dos entrevistados havia realizado uma avaliação dos pés por um profissional de saúde habilitado (BOELL et al., 2014).

Compete ao enfermeiro promover condições para que o usuário diabético realize o seu autocuidado, identificando através do PE as necessidades e dificuldades enfrentadas pelo indivíduo, para que desenvolva um planejamento das intervenções adequado à realidade individual. O portador do DM é confrontado diariamente com a necessidade de desenvolver um conjunto de comportamentos de autocuidado para administrar sua condição de saúde, já os profissionais de saúde com a necessidade de utilizar estratégias que promovam motivação na adesão de um estilo de vida mais saudável (NOGUEIRA, 2015).

Atitudes simples como as relacionadas ao autocuidado com os pés, quando realizadas de forma efetiva, podem minimizar o número de complicações e de atendimentos nos centros especializados, como é o caso do cenário deste estudo. No entanto, para que sejam reduzidos os números de atendimento no nível secundário, é necessário que as equipes da Atenção Primária à Saúde, forneçam orientações essenciais sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis para um melhor controle do diabetes (NETA et al., 2015; BOELL et al., 2014).

As ações de autocuidado incluem também a adesão à terapia medicamentosa, no entanto, nesta investigação, informações sobre esse tipo de adesão não foram avaliados, por ser este um tema bastante frequente na literatura científica. Além disso, destaca-se que as complicações relativas ao desenvolvimento, a exacerbação dos sintomas e a falta a compromissos agendados foram características definidoras menos prevalentes nessa população. Essa baixa prevalência pode estar relacionada ao fato de os sintomas do DM serem pouco observados pela maioria dos doentes,

considerada uma doença de evolução silenciosa e, também, pelos dados terem sido obtidos em um único momento, não permitindo avaliar a continuidade do cuidado e a presença ou não de absenteísmo e complicações.

Este estudo tem como limitações questões relacionadas ao desenho transversal, o qual não permite estabelecer uma relação de causa e efeito. No entanto, mesmo a partir de uma única observação percebe-se a necessidade de intensificar as ações de enfermagem direcionadas a mudanças de hábitos de vida dos portadores de diabetes. Destaca-se também que por ser uma pesquisa realizada com dados secundários, algumas informações não foram obtidas, mas salienta-se que não apresentaram prejuízos para a análise dos dados.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a Falta de Adesão é um problema de enfermagem inerente aos pacientes diabéticos. Este problema foi, em sua maioria, caracterizado pela falha em alcançar os resultados, sobretudo em relação à manutenção do controle glicêmico e, pelo comportamento de falta de adesão, especificamente a ausência de cuidados com os pés.

Com base nestes resultados, percebe-se que adesão ao tratamento é um processo comportamental complexo que requer a necessidade de mudança do modelo assistencial biomédico, para um modelo orientado pela integralidade do cuidado, considerando a dimensão biopsicossocial do ser humano. Dessa forma será possível alcançar uma maior efetividade ao tratamento dos diabéticos, além da redução do número de complicações, internações, óbitos e gastos, sobretudo com o atendimento em serviços especializados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 62 p.: il. ISBN 978-85-334-2361-9.

BOELL JEW, RIBEIRO RM, SILVA DMGV. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.2, p.386-93. 2014.

CECÍLIO HPM et al. Comportamentos e comorbidade associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta. Paul Enferm.**, v.28, n.2, p.113- 119, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

CORTEZ DN, REIS IA, SOUZA DA, MACEDO MM, TORRES HC. Complicações e o tempo de

- diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm.** v.28, n.3, p.250-5. 2015.
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.
- FARIA HTG, SANTOS MA, ARRELIAS CCA, RODRIGUES FFL, GONELA JT, TEIXEIRA CRS, et al. Adherence to diabetes mellitus treatments in family health strategy units. **Rev esc enferm USP [internet]**.v.48, n.2, p. 257-63. 2014. 10.1590/S0080-623420140000200009
- GINTER E, SIMKO V. Type 2 diabetes mellitus, pandemic in 21st century. **Adv Exp Med Biol.** v.771, p.42-50. 2012.
- HERMAN WH, ZIMMET P. Type 2 Diabetes: An Epidemic Requiring Global Attention and Urgent Action. **Diabetes Care.**v.35, n.5, p.943-944. 2012.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 8th Edition [Internet]. Brussels: IDF; 2017 [cited 2017 Nov 16].
- MARINHO NBP et al. Diabetes mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.4, p.595-600, 2012.
- NETA DSR, SILVA ARV, SILVA GRF. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Rev Bras Enferm.** v.68, n.1, p.111-6. 2015.
- NOGUEIRA LGF, NOBREGA, MML. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.49, n.1. 2015
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: **Artmed**; 2015.
- OLIVEIRA CJ. Revisão do diagnóstico “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial. Tese (Doutorado). **Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – Fortaleza**, 2011. 246 f.: il.
- PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet.** v.377, n.9779, p.1778-97. 2011
- RODRIGUES TP. Avaliação de dosagens de glicemia em jejum, glicemia média e hemoglobina glicada em pacientes diabéticos. 2011.23f.il.
- SÁ RC, NAVAS EAVA, ALVES SR. Diabetes Mellitus: avaliação e controle através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada. **Revista Univap**, v. 20, n. 35. 2014.
- SILVA DS, et al. Prevalência de diabetes mellitus em indivíduos atendidos pela estratégia saúde da família no município de Ubá-MG. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde Pelotas-RS**, v.17, n.3, p.195-199. 2012.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra:** Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/ UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptorial de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abuso físico 91, 93, 94

### C

Câncer 12, 13, 14, 15, 16, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 58

Cesárea 94, 100, 101, 102, 106, 107, 108, 109, 111

Climatério 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Complicações 7, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 102, 107, 119, 121, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 155, 157, 161, 162, 167, 172, 173, 174, 178, 179, 180

Cuidado pré-natal 21, 27, 119

Cuidados de enfermagem 136, 154, 155, 157, 158, 162, 164

Cuidados pessoais 47

### D

Diabetes gestacional 29

Doulas 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82

### E

Educação em saúde 11, 12, 15, 29, 30, 32, 37, 42, 62, 130, 132, 139

Enfermagem obstétrica 91, 93, 97

Exame de prevenção 40, 47, 49

Extensão universitária 1, 3, 10, 11

### G

Gravidez na adolescência 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28

### I

Indicadores sociais 17

Insuficiência respiratória 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 167, 168

### M

Menopausa 59, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 70

Mortalidade infantil 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118

### P

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 116, 117, 120, 123, 124

Parto humanizado 7, 11, 71, 72, 74, 75, 79, 80

Parto normal 2, 3, 6, 10, 11, 73, 78, 79, 80, 82, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111  
Parto obstétrico 91, 93  
Percepção 10, 11, 13, 16, 38, 39, 44, 45, 68, 74, 82, 96, 101, 102, 104, 106, 111, 128, 144, 152  
Políticas de saúde 114, 128  
Políticas públicas de saúde 72, 109  
Protocolos 15, 58, 117, 155, 156, 158, 167

## **Q**

Qualitativo 1, 47, 49, 59

## **R**

Reabilitação 12, 14, 15, 16, 55, 60, 69, 128, 130, 131, 132, 133, 136, 138, 139, 140  
Recém-nascidos 1, 4, 17, 19, 22, 23, 27, 28, 117, 124, 125  
Relato de experiência 1, 3, 11, 12, 14, 29, 30, 130, 133, 139, 169

## **S**

Saúde do homem 89, 127, 128, 129, 133, 134  
Saúde materno-infantil 112  
Sífilis congênita 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127

## **T**

Trabalho de parto 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 94, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 107  
Transmissão vertical 119, 121, 122, 123, 124, 126, 127

## **V**

Violência 22, 45, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-618-8



9 788572 476188